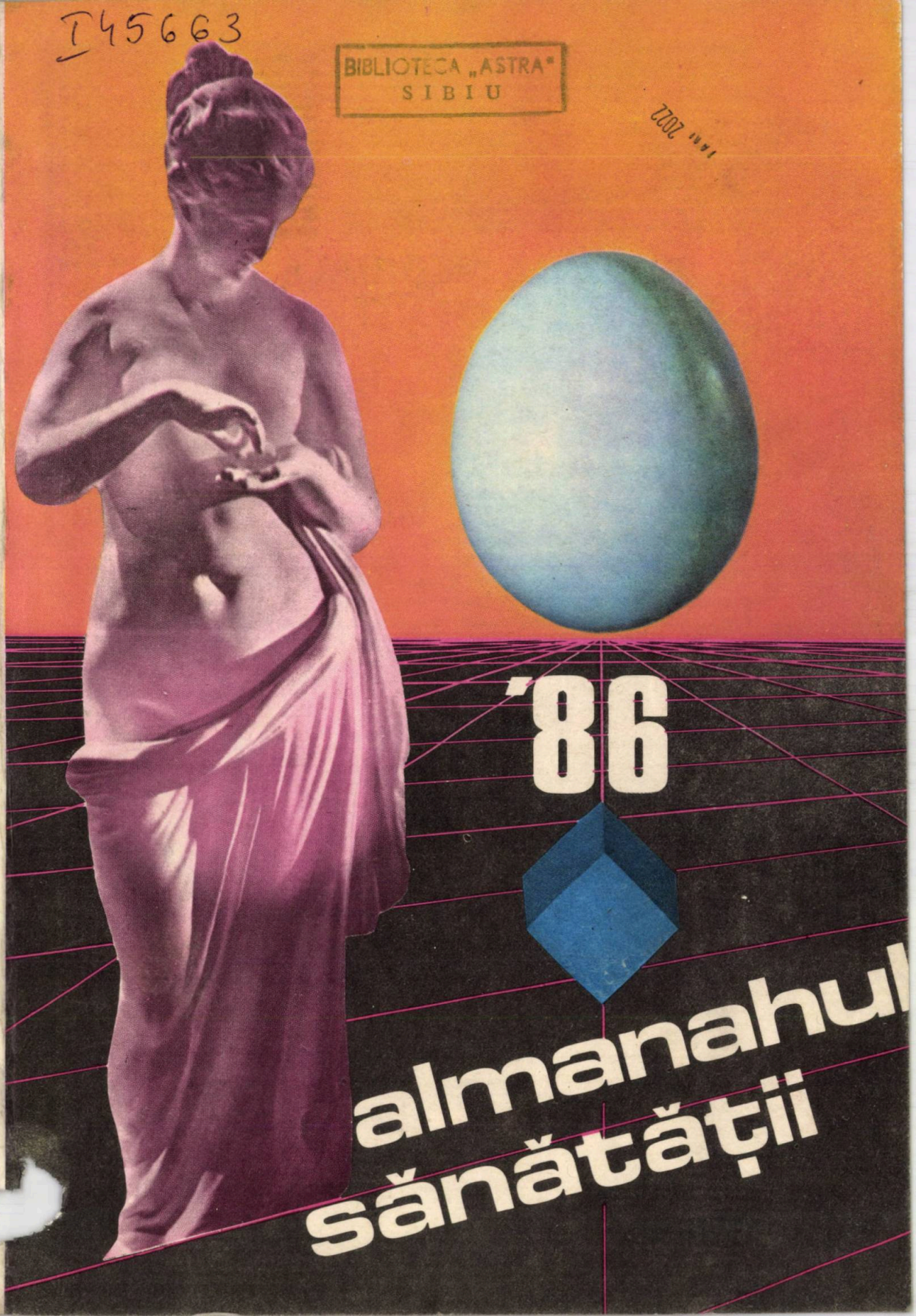
I 45663

BIBLIOTECA „ASTRA"
SIBIU

IAN 2022



'86

almanahul sănătății

EDITURA MEDICALĂ BUCUREŞTI

Colaboratori

SOFIA ALEXANDRU, dr. **EUGEN ALEXE,** dr. **DINU M. ANTONESCU,** dr. **ELENA BARNEA,** conf. dr. **OCTAV BĂLTĂCEANU, I. BRANDABUR,** dr. **G. BRĂTESCU,** conf. dr. **GH. BUCUR,** dr. **GHEORGHE-EUGENIU BUCUR, M. BURDUJA,** dr. **I. COJOCARU,** dr. **FL. COLONAŞ,** farm. **LUDMILA COSMOVICI,** conf. dr. doc. **MARŢIAN COTRĂU,** dr. **N. CRIŞAN,** dr. **DOINA CULCA,** dr. **N. EVIAN,** prof. dr. doc. **P. FIRU,** dr. **MADELEINE MĂICĂNESCU-GEORGESCU,** dr. **AL. GHEORGHIU,** dr. doc. **I. GHERMAN, PIA HAŢEGANU,** dr. **IOANA IACOB,** dr. **OCTAVIAN IENIŞTEA,** dr. **DOINA MARIA IOAN,** dr. **SABIN IVAN,** dr. **IOAN C. JOCU,** prof. dr. **V. LUCA, ELISA MADOLCIU,** prof. **C. MANOLACHE,** dr. **FLOREA MARIN,** dr. **M. MATEICIUC, D.C. MAZILU,** dr. **C. MAXIMILIAN,** prof. dr. **SERGIU MĂNESCU,** dr. **VLADIMIR MIHĂILESCU, I. MURGAN,** ing. **I. NEGREANU,** dr. **MARIAN NEGUŢ,** dr. **LIDIA NICA-UDANGIU,** dr. **ŞT. NICA-UDANGIU, NIC. NICOLAESCU, ALEXEI NICOLESCU,** prof. dr. **V. NITZULESCU,** dr. **OVIDIU OPRIAN,** conf. dr. **CORNELIA PĂUNESCU,** farm. dr. **ENGLETINA PELEGRINO,** conf. dr. doc. **V. PETRESCU-COMAN, ARISTOTEL PÎRVULESCU, V.D. POPA, TITEL CANACHE-POPA,** conf. dr. **EMIL POPESCU,** dr. **OCTAVIAN POPESCU, IRINA-ROXANA PRĂJESCU,** dr. **D. SARAFOLEANU,** prof. dr. doc. **PAVEL SIMICI, ADAM STOICA, ILEANA ŞERBĂNESCU-BERAR, GABRIELA TĂNASE,** prof. dr. **M. TEODORESCU,** dr. **CĂTĂLINA TUDOSE,** dr. **FL. TUDOSE, AVRAM D. TUDOSIE, N. TURTURESCU,** dr. **G. UNTEANU, I. VULPESCU, GH. ZARAFU,** farm. **L. ZISU.**

REDACTOR: **IOAN MURGAN**

SECRETAR DE REDACŢIE: **FLOAREA NIŢĂ**

TEHNOREDACTOR: **VIOLANDA LEORDEANU**

GRAFICIENI: **CRISTEL RUDOLF** şi **DORANA COŞOVEANU**

Tiparul executat sub comanda nr. 50379
la Combinatul Poligrafic „Casa Scînteii" — Bucureşti

BIBLIOTECA „ASTRA"
SIBIU

ALMANAHUL

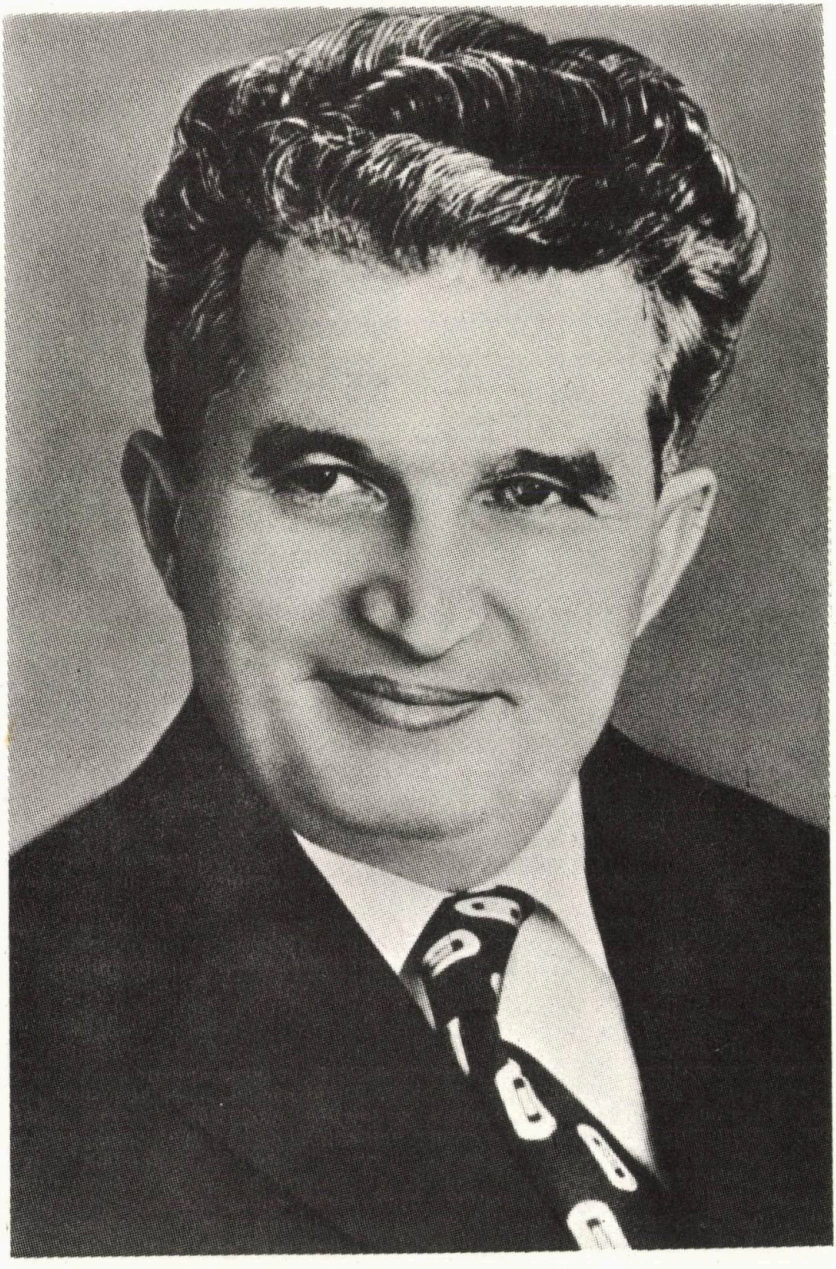
SĂNĂTĂȚII

'86

EDITURA MEDICALĂ

BUCUREȘTI • 1986

93311



DIN

CUPRINS

— Dialogul medicului cu bolnavul, componentă fundamentală a consultației medicale
— Vă prezentăm Policlinicile dispensar cu plată
— Mari succese ale medicinii secolului XX
— Gînduri despre medicina viitorului
— O ramură nouă a medicinii: meteoromedicina
— Vitaminele — mit și realitate
— Psihoigiena și psihoprofilaxia în perioada gestației
— Sarcina extrauterină
— Sfaturi pentru mame: malformații congenitale comune
— Alergia la copii
— Cum să recunoaștem și să prevenim micozele pielii capului la copii
— Piodermitele la copil
— Obezitatea copilului și urmările la vîrsta adultă
— Familia și copilul handicapat auditiv senzorial
— Un aliment complet: laptele
— În ajutorul gospodinelor: din secretele bucătăriei dietetice
— Rolul factorilor genetici și de mediu în cardiopatia ischemică
— Noutăți despre vitamine
— Stomatologia în actualitate
— De vorbă cu tinerii despre sănătate
— Coxartroza
— Înțepăturile de albine
— Ce reprezintă pentru dv. apiterapia?
— Salmonelozele și profilaxia lor
— Igiena locuinței
— Insomnia se poate trata fără medicamente
— Profilaxia, cel mai eficient tratament în bolile cronice de ficat
— O problemă medico-socială încă actuală: esofagita postcaustică
— Apendicita acută
— Bolile aparatului respirator și antibioticele
— Ce trebuie să știm despre panarițiu
— Este psihicul feminin o enigmă?
— Cosmetică
— Ghiță Spiriduș află că ascarizii sînt viermi periculoși
— Aderați sau nu la sedentarism?
— Ce trebuie să știm despre medicamentele psihotrope
— Constipația — profilaxie și tratament
— Scama și pansamentele de altădată
— Cezariană sau naștere naturală?
— Pudoarea în ginecologie
— Glume, anecdote, epigrame, jocuri rebusiste

CUPRINS

DIN

•CALENDAR•

1986

IANUARIE

L	M	M	J	V	S	D
		1	2	3	4	5
6	7	8	9	10	11	12
13	14	15	16	17	18	19
20	21	22	23	24	25	26
27	28	29	30	31		

FEBRUARIE

L	M	M	J	V	S	D
					1	2
3	4	5	6	7	8	9
10	11	12	13	14	15	16
17	18	19	20	21	22	23
24	25	26	27	28		

MARTIE

L	M	M	J	V	S	D
					1	2
3	4	5	6	7	8	9
10	11	12	13	14	15	16
17	18	19	20	21	22	23
24	25	26	27	28	29	30
31						

APRILIE

L	M	M	J	V	S	D
	1	2	3	4	5	6
7	8	9	10	11	12	13
14	15	16	17	18	19	20
21	22	23	24	25	26	27
28	29	30				

MAI

L	M	M	J	V	S	D
			1	2	3	4
5	6	7	8	9	10	11
12	13	14	15	16	17	18
19	20	21	22	23	24	25
26	27	28	29	30	31	

IUNIE

L	M	M	J	V	S	D
						1
2	3	4	5	6	7	8
9	10	11	12	13	14	15
16	17	18	19	20	21	22
23	24	25	26	27	28	29
30						

IULIE

L	M	M	J	V	S	D
	1	2	3	4	5	6
7	8	9	10	11	12	13
14	15	16	17	18	19	20
21	22	23	24	25	26	27
28	29	30	31			

AUGUST

L	M	M	J	V	S	D
				1	2	3
4	5	6	7	8	9	10
11	12	13	14	15	16	17
18	19	20	21	22	23	24
25	26	27	28	29	30	31

SEPTEMBRIE

L	M	M	J	V	S	D
1	2	3	4	5	6	7
8	9	10	11	12	13	14
15	16	17	18	19	20	21
22	23	24	25	26	27	28
29	30					

OCTOMBRIE

L	M	M	J	V	S	D
		1	2	3	4	5
6	7	8	9	10	11	12
13	14	15	16	17	18	19
20	21	22	23	24	25	26
27	28	29	30	31		

NOIEMBRIE

L	M	M	J	V	S	D
					1	2
3	4	5	6	7	8	9
10	11	12	13	14	15	16
17	18	19	20	21	22	23
24	25	26	27	28	29	30

DECEMBRIE

L	M	M	J	V	S	D
1	2	3	4	5	6	7
8	9	10	11	12	13	14
15	16	17	18	19	20	21
22	23	24	25	26	27	28
29	30	31				

1987

IANUARIE

L	M	M	J	V	S	D
			1	2	3	4
5	6	7	8	9	10	11
12	13	14	15	16	17	18
19	20	21	22	23	24	25
26	27	28	29	30	31	

FEBRUARIE

L	M	M	J	V	S	D
						1
2	3	4	5	6	7	8
9	10	11	12	13	14	15
16	17	18	19	20	21	22
23	24	25	26	27	28	

MARTIE

L	M	M	J	V	S	D
						1
2	3	4	5	6	7	8
9	10	11	12	13	14	15
16	17	18	19	20	21	22
23	24	25	26	27	28	29
30	31					

APRILIE

L	M	M	J	V	S	D
		1	2	3	4	5
6	7	8	9	10	11	12
13	14	15	16	17	18	19
20	21	22	23	24	25	26
27	28	29	30			

MAI

L	M	M	J	V	S	D
				1	2	3
4	5	6	7	8	9	10
11	12	13	14	15	16	17
18	19	20	21	22	23	24
25	26	27	28	29	30	31

IUNIE

L	M	M	J	V	S	D
1	2	3	4	5	6	7
8	9	10	11	12	13	14
15	16	17	18	19	20	21
22	23	24	25	26	27	28
29	30					

IULIE

L	M	M	J	V	S	D
		1	2	3	4	5
6	7	8	9	10	11	12
13	14	15	16	17	18	19
20	21	22	23	24	25	26
27	28	29	30	31		

AUGUST

L	M	M	J	V	S	D
					1	2
3	4	5	6	7	8	9
10	11	12	13	14	15	16
17	18	19	20	21	22	23
24	25	26	27	28	29	30
31						

SEPTEMBRIE

L	M	M	J	V	S	D
	1	2	3	4	5	6
7	8	9	10	11	12	13
14	15	16	17	18	19	20
21	22	23	24	25	26	27
28	29	30				

OCTOMBRIE

L	M	M	J	V	S	D
			1	2	3	4
5	6	7	8	9	10	11
12	13	14	15	16	17	18
19	20	21	22	23	24	25
26	27	28	29	30	31	

NOIEMBRIE

L	M	M	J	V	S	D
						1
2	3	4	5	6	7	8
9	10	11	12	13	14	15
16	17	18	19	20	21	22
23	24	25	26	27	28	29
30						

DECEMBRIE

L	M	M	J	V	S	D
	1	2	3	4	5	6
7	8	9	10	11	12	13
14	15	16	17	18	19	20
21	22	23	24	25	26	27
28	29	30	31			

•EDITORIAL'86•

Trăim o epocă de puternică angajare militantă, revoluționară, epocă în care munca întregului nostru popor, strîns unit în jurul partidului, al secretarului său general, tovarășul Nicolae Ceaușescu, se desfășoară într-o atmosferă de neîngrădit și profund entuziasm, pentru asigurarea tuturor condițiilor necesare înfăptuirii exemplare a obiectivelor stabilite de Congresul al XIII-lea al Partidului Comunist Român, pentru perioada 1986-1990 și în perspectivă pînă în anul 2000.

Păşind în noul cincinal, ale cărui obiective au fost stabilite de cel de al XIII-lea Congres, poporul român cinstește prin măreţe fapte de muncă, prin realizări remarcabile, în toate domeniile de activitate, împlinirea a două decenii de la Congresul al IX-lea al partidului, care a marcat începutul unei epoci de strălucite și minunate împliniri socialiste pe pămîntul nostru milenar.

Analiza profund științifică a stadiului de dezvoltare a societății noastre socialiste făcută de secretarul general al partidului, precum și documentele de însemnătate istorică adoptate de cel de al XIII-lea Congres al P.C.R., ne-au demonstrat că saltul pe care România l-a făcut într-o perioadă istorică relativ scurtă, s-a datorat eforturilor unui popor hotărît ca, sub conducerea înțeleaptă a partidului și conducătorului său, să-și făurească o nouă soartă, pe baze noi, socialiste. Bilanțul deosebit de fructuos, încununat cu remarcabile realizări ce caracterizează cu deosebire perioada ultimelor două decenii, se află la temelia hotărîrii nestrămutate a tuturor oamenilor muncii, a întregului popor, de a merge neabătut spre noi și strălucite succese.

Directivele celui de al XIII-lea Congres prefigurează o amplă dezvoltare în continuare, pentru ridicarea continuă a nivelului de trai al oamenilor muncii, spre binele și bunăstarea întregului popor.

Un loc central în cadrul Directivelor îl ocupă problematica științei și culturii, cercetării științifice, dezvoltării tehnologice și progresului tehnic în toate sectoarele vieții economico-sociale.

În acest ansamblu, activitatea personalului sanitar, medicina în întregul ei complex, ocupă - alături de celelalte ramuri și sectoare de muncă - unul din locurile de seamă, aducîndu-și o contribuție nemijlocită la apărarea și promovarea sănătății oamenilor muncii, la creșterea capacității de muncă, la dezvoltarea armonioasă - fizică și psihică - a tinerelor generații, la amplificarea rezistenței și forței de creație a întregului nostru popor.

Bilanțul realizărilor obținute de țara noastră în domeniul ocrotirii sănătății - sub conducerea partidului și statului nostru și în directă legătură cu orientările și indicațiile permanente date de secretarul general al Partidului, președintele Republicii Socialiste România, tovarășul Nicolae Ceaușescu - ne îndreptățește să afirmăm că sectorul sanitar din țara noastră dispune în prezent de tot ceea ce îi este necesar pentru a aduce noi și importante îmbunătățiri în starea de sănătate a populației. La începutul acestui nou cincinal, funcționează pe teritoriul țării nu mai puțin de 10 500 de unități, din care citățm doar cele 5 730 de dispensare medicale de întreprindere, urbane și comunale, 510 policlinici cu peste 5 000 de cabinete de specialitate, spitalele și sanatoriile cu 207 000 de paturi de asistență medicală, cele aproximativ 900 de creșe cu peste 8 600 de locuri, farmaciile și unitățile farmaceutice care totalizează 1 600 de unități etc.; pe lîngă acestea, populația are la dispoziție stații și servicii de salvare, centre de conservare a sîngelui, servicii și centre de stomatologie, laboratoare dintre cele mai diverse, cu o dotare de înaltă tehnicitate, servicii și stațiuni balneare cu înalte virtuți terapeutice, unități speciale de recuperare medicală ș.a.

Personalul sanitar a atins, în acești ultimi ani, numărul cel mai ridicat de medici și alte cadre de specialitate care au existat vreodată în țara noastră. La finele anului 1985 lucrează în instituțiile medico-farmaceutice peste 185 000 de cadre, din care 46 300 de medici, cca 5 000 de farmaciști, 132 000 de cadre sanitare cu pregătire medie, alte cadre de specialitate din diverse domenii ale asistenței medicale.

Cifrele de mai sus nu conturează numai o simplă statistică, ci ele dezvăluie, în același timp, un adevărat fenomen de sănătate publică, gradul de înaltă dotare tehnico-materială și umană la care a ajuns sectorul ocrotirii sănătății din R.S. România, în acești ani de intensă construcție socialistă.

În contextul dezvoltării pe multiple planuri a societății, interpătrunderea dintre condiționarea programului tehnico-științific și cel economico-social implică, în mod imperios, o stare optimă de sănătate a populației, capacitate integrală de muncă a omului. În conceptul societății noastre, rolul social al medicinii, integrarea activității personalului sanitar în ansamblul general al dezvoltării constituie elemente fundamentale, obligații politice, morale și juridice în făurirea societății socialiste, pentru trecerea României în rîndul țărilor cu dezvoltare medie.

Iată de ce medicina de astăzi pune în fața corpului medico-sanitar cultivarea unor înalte virtuți morale și profesionale, dezvoltarea răspunderii și înțelegerii, deopotrivă, pentru omul sănătos și cel bolnav.

În condițiile industrializării județelor într-un cadru pe deplin armonios și profund echitabil, pe întreg teritoriul țării, a urbanizării rapide a localităților și, în general, a modernizării într-o perioadă scurtă a întregii noastre vieți social-economice, știința și practica medicală au fost permanent dirijate și dezvoltate în raport cu noile cerințe biologice, au fost continuu adaptate noilor structuri ale morbidității. Cercetarea științifică medicală românească a început să fie confruntată tot mai frecvent cu o nouă patologie, generată de solicitările vieții moderne, apropiindu-se rapid de metodologia rezolvării prioritare a mecanismelor complexe de adaptare la noile condiții.

Pe baza programelor de sănătate elaborate de Ministerul Sănătății, cu sprijinul Academiei de Științe Medicale și al celorlalte instituții de specialitate, la indicația și sub îndrumarea directă, nemijlocită, a secretarului general al partidului, tovarășul Nicolae Ceaușescu, întreaga noastră rețea sanitară, toate unitățile de cercetare și metodologice și-au dirijat eforturile spre studierea și înlăturarea influenței factorilor nocivi din mediul de viață și muncă asupra sănătății și adaptarea organismului la solicitările vieții moderne, promovarea sănătății mamei și copilului și dezvoltarea tineretului, prevenirea și combaterea principalelor boli transmisibile, îndeosebi a bolilor cronice cu largă răspîndire, valorificarea resurselor indigene cu valoare terapeutică, pentru realizarea și introducerea în practică de noi medicamente și aparatură medicală.

Ca urmare a creșterii experienței și competenței colectivelor de oameni ai muncii din instituțiile de asistență medicală – dispensare-policlinici, spitale, clinici și institute de specialitate – a unei mai bune organizări și îndrumări a muncii medico-sanitare, rezultatele obținute se situează la nivel calitativ tot mai ridicat, comparativ cu perioadele precedente.

Este un adevăr incontestabil că starea de sănătate este strîns legată de nivelul de trai, de condițiile social-economice în care trăiesc și muncesc oamenii. Tot ceea ce s-a realizat pînă în prezent în țara noastră, în toate domeniile, a avut și are ca scop îmbunătățirea condițiilor generale, pentru ca oamenii să fie mai sănătoși, să fie apărați împotriva îmbolnăvirilor, să poată munci, în scopul dezvoltării continue a societății, a patriei noastre socialiste.

Ne situăm astăzi la un nivel bun, comparativ cu indicatorii întîlniți în multe alte zone ale Europei; sîntem la un nivel de natalitate mai crescut decît în multe alte țări, mortalitatea generală a scăzut la jumătate față de trecut, iar cea infantilă s-a redus de peste 6 ori; durata medie de viață a crescut de la 42 de ani, cît era în perioada antebelică, la aproximativ 70 de ani, în prezent. Unele boli care făceau ravagii în trecut sînt astăzi eradicate.

Sînt indici sanitari care confirmă o dată în plus efortul uriaș făcut de statul socialist, urmărindu-se ca întregul nostru popor să se bucure de o stare de sănătate tot mai bună, pentru a deveni un factor activ în făurirea unei noi calități a vieții, mai îmbelșugate, mai active, mai sănătoase. La aceste rezultate a contribuit, fără îndoială, și activitatea de zi cu zi a personalului sanitar, abnegația, devotamentul și aportul său la apărarea și promovarea sănătății populației, participînd astfel, alături de toți ceilalți oameni ai muncii, la creșterea bunăstării întregului nostru popor.

Dar dezideratele și obiectivele medicinii de azi pun în fața personalului nostru sanitar noi sarcini, calități profesionale perfecționate, responsabilități și competență sporite.

Începînd cu medicul de dispensar, care ia – sau ar trebui să ia – primul contact cu bolnavul, ca și cu cel expus riscului de îmbolnăvire, și continuînd cu specialistul din cabinetul de policlinică și din secția spitalicească și cu cel din clinică ori din institut, toți medicii, întregul personal sanitar au îndatoriri și obligații de înalt umanitarism și neștirbită moralitate profesională față de toți cetățenii care au nevoie de sfatul ori de sprijinul lor nemijlocit, pe care au datoria să-l acorde imediat, în mod necondiționat. Organizarea mai bună a asistenței medicale la locul de muncă și de viață al oamenilor, sporirea grijii pentru asistența mamei, gravidei, copilului și tinerilor, perfecționarea funcționalității unităților sanitare ambulatorii și creșterea accesibilității populației la aceste unități și, în mod deosebit, întărirea rolului dispensarului de medicină generală în ierarhia rețelei sanitare, creșterea răspunderii morale și profesionale a personalului de la toate eșaloanele rețelei de asistență medicală, precum și perfecționarea pregătirii cadrelor și ridicării calității îngrijirilor medicale, constituie obiectivele de bază ale bunei organizări a asistenței medicale în etapa actuală și de perspectivă.

EDITORIAL '86

În pragul noului cincinal, asistența medicală este chemată să rezolve la un nivel calitativ superior o serie de obiective, care încă nu sînt urmărite și nu răspund integral nevoilor reale ale populației, așa cum au fost ele precizate și trasate de conducerea superioară de partid și de stat.

O primă îndatorire ce revine întregului personal, tuturor instituțiilor sanitare, se referă la îmbunătățirea, pe toate planurile, în toate județele, pe întreg teritoriul, a ocrotirii sănătății mamei, copilului și tineretului, vizînd în mod deosebit înlăturarea deficiențelor și neajunsurilor care influențează nefavorabil curba fenomenului demografic.

Au o importanță majoră creșterea calității produsului de concepție, limitarea eșecurilor reproducerii umane (prematuritate, avort), depistarea activă și supravegherea medicală sistematică a gravidei. Totodată să căutăm să luăm măsurile complexe medicale și medico-sociale pentru menținerea și promovarea sănătății copilului, prin optimizarea factorilor care le influențează creșterea și dezvoltarea. Prin extinderea acțiunilor profilactice, îmbunătățirea diagnosticului și tratamentului, putem contribui la îmbunătățirea recuperării copiilor cu afecțiuni grave, a celor cu deficiențe senzitivo-neuromotorii.

În ansamblul măsurilor preventive pentru reducerea morbidității în colectivitățile industriale și scăderea incapacității temporare de muncă, sîntem preocupați de cunoașterea cît mai exactă a factorilor nocivi profesionali, combaterea acestora, promovarea principiilor de igienă, alimentație rațională, utilizarea mai eficientă a mijloacelor recuperatorii și extinderea folosirii factorilor naturali de cură. Evaluarea, pe criterii cît mai obiective, a stării funcționale și a capacității de muncă și acordarea repausului medical pe baze temeinic analizate vor avea drept rezultat limitarea fenomenelor de dezadaptare și reducerea absenteismului generat de boală și accident.

Un obiectiv important în această perioadă și în anii următori îl reprezintă extinderea și adîncirea metodelor tehnico-organizatorice de prevenire și combatere a principalelor boli cronice (cardiovasculare, cancer, boli respiratorii netuberculoase, boli digestive și hepatice, reumatismale, metabolice etc.), care constituie în prezent vîrfuri de morbiditate și principale cauze de letalitate în lume. Determinarea prevalenței acestor îmbolnăviri pe categorii profesionale și identificarea factorilor de risc, valorificarea în practică a cercetărilor în domeniul geneticii, imunologiei, biochimiei și biologiei medicale, perfecționarea și standardizarea tehnicilor de laborator, elaborarea mijloacelor de profilaxie primară și secundară, dezvoltarea procedurilor de tratament și recuperare medicală constituie etape importante ale acțiunilor cuprinse în programele ce se elaborează de către Ministerul Sănătății, cu ajutorul specialiștilor din institutele și clinicile de specialitate și se aprobă de Consiliul Sanitar Superior. Pe aceleași coordonate se înscriu preocupările vizînd prevenirea și reducerea bolilor transmisibile, care încă prezintă o frecvență mai ridicată în rîndul tineretului și în colectivități școlare.

Pe prim plan se situează în 1986 și optimizarea acțiunilor de ocrotire a sănătății prin planificarea mai bună a acestora, evaluarea eficienței lor pentru creșterea randamentului actului medical, utilizarea cît mai judicioasă a fondurilor alocate ocrotirii sănătății, pentru îmbunătățirea economicității asistenței medicale la toate treptele rețelei sanitare. În acest context economic s-a impus ca linie de conduită ce va fi consolidată, valorificarea pe plan național a posibilităților existente, pentru diversificarea sortimentelor medicamentoase și aparatură medicală, prin intensificarea producției autohtone.

O importanță de prim ordin în apărarea și promovarea sănătății o prezintă - după cum prevede Legea ocrotirii sănătății - atragerea populației la toate acțiunile ce vizează acest obiectiv major.

Educația sanitară a populației și, în mod deosebit, eforturile pentru formarea unor deprinderi igienice și de alimentație dietetică, bazate pe criterii științifice, combaterea sedentarismului și a abuzului de medicamente, înțelegerea sensului măsurilor profilactice și promovarea, pe această cale, a medicinii omului sănătos, sînt principalele căi de acțiune prevăzute în Planul unic de educație sanitară, plan care joacă un rol primordial în realizarea tuturor obiectivelor și măsurilor menite să protejeze sănătatea și să dezvolte capacitatea de muncă a oamenilor.

Este bine cunoscut că o viață rațională reprezintă, în același timp, și o soluție majoră pentru apărarea sănătății la fiecare vîrstă. În acest domeniu trebuie să se pună un accent deosebit nu numai pe viața rațională, dar și pe educația generală a populației privind, pe de o parte, alimentația rațională, iar pe de altă parte, o muncă și o viață la fel de rationale. Este știut că Hipocrate a arătat că starea de sănătate sau de boală a individului sau a colectivității nu se datorează intervenției unor forțe din afara naturii, ci unui complex de factori fizici și sociali, pe care omul, cu sprijinul personalului sanitar, poate să-i cunoască și să-i influențeze prin mijloace științifice.

Este neîndoielnic faptul că angajarea personalului sanitar în toate acțiunile preventive cere conștiință, încredere în colectivitate, perseverență, spirit uman și o profundă înțelegere față de menirea ce îi revine în dezvoltarea multilaterală a sănătății.

În întreaga practică medicală, cunoașterea, aprofundarea și aplicarea mijloacelor profilactice, curative și de recuperare medicală se fundamentează pe cercetarea științifică medicală, chemată să găsească soluții eficiente, care să poată fi adaptate realităților existente.

Misiunea și rolul pe care fiecare medic, fiecare personal le au în exercitarea profesiunii lor le incumbă acestora datoria de a acționa cu înaltă răspundere patriotică și cetățenească pentru ca, în acest mod, medicina românească să slujească permanent înfloririi societății românești.

Mobilizîndu-și întreaga capacitate creatoare în cadrul amplelor și multiplelor activități și îndatoriri ce îi revin, personalul sanitar din toate instituțiile de asistență medicală, acționînd sub impulsul îndrumărilor, indicațiilor și orientărilor conducerii de partid și de stat, personal ale tovarășului Nicolae Ceaușescu, este ferm hotărît să înfăptuiască - cu abnegație și fără preget- toate sarcinile ce reies din hotărîrile și documentele celui de al XIII-lea Congres al Partidului Comunist Român, precum și din documentele primului Congres al Științei și Învățămîntului, care a deschis o perspectivă nouă activității cercetării științifice și învățămîntului în înfăptuirea noii revoluții tehnico-științifice și ridicarea patriei noastre pe noi culmi de progres și civilizație.

Dr. AUREL GHEORGHIU
DIRECTOR ADJUNCT
Direcția asistenței medicale din Ministerul Sănătății

Dialogul medicului cu bolnavul

COMPONENTĂ FUNDAMENTALĂ A CONSULTAȚIEI MEDICALE

Dr. IOAN C. JOCU

SPITALUL REGIONAL MTTc., BUCUREȘTI

Feriți-vă de ispita naturală de a face diagnostic fulger.

P. WHITE

Boala constituie un episod nefericit în viața oricărei persoane, deseori având un larg răsunet asupra întregului organism. Îngrijorarea pacientului, teama, determinate de boală, la care poate contribui prin inabilitate familia și anturajul, îi creează uneori o accentuată stare depresivă, pesimistă.

În asemenea circumstanțe particulare, medicului îi revine sarcina și datoria profesională și morală ca, prin întreaga sa conduită, pe tot parcursul perioadei de investigație și de îngrijire a pacientului, chiar de la primul contact, să realizeze un climat optim de cooperare, bazat pe insuflarea unui sentiment de încredere privitor la evoluția favorabilă a bolii, spre completa vindecare și reinserția acestuia în viața de familie și socială.

Convorbirea medicului cu bolnavul într-o atmosferă destinsă, tonul cald, prietenesc, atitudinea optimistă a medicului, solicitudinea, comprehensiunea față de suferința pacientului, bunăvoința, politețea și răbdarea pe care le arată suferindului, interesul pe care îl dovedește reprezintă nu numai un real punct de sprijin moral, sursă a sentimentului de siguranță că se află apărat, protejat, față de agresiunea care îl afectează, dar îl face receptiv, cooperant, înțelegător, la rîndul său, față de strădaniile depuse de medicul curant în vederea anihilării suferinței sale. Un rol fundamental în dialogul cu bolnavul îl are limbajul medicului; cuvintele sale bine alese și folosite adecvat constituie un adevărat factor terapeutic, confirmînd afirmația că, în urma unei convorbiri bine conduse de medic, bolnavul trebuie să se simtă mai bine.

Consultația medicală începe cu relatarea de către bolnav a semnelor observate de la începutul manifest al bolii și pînă în momentul prezentării la medic. Relatarea pacientului, bazată pe readucerea, în minte, în planul conștiinței, din memorie, a fenomenelor patologice pe care le-a observat, este cunoscută în limbajul medical sub termenul de *anamneză* (de la cuvîntul grec *anamnesis*, care înseamnă *amintire*).

În cursul descrierii simptomelor bolii de către pacient, medicul, urmărind aprofundarea datelor, pune întrebări pentru a detalia unele aspecte, cu alte cuvinte efectuează *interogatoriul medical.*

Anamneza, completată cu interogatoriul, permite medicului să cunoască amănunțit simptomele acuzate de pacient; în același timp are posibilitatea de a face o apreciere asupra personalității bolnavului, a gradului de inteligență, a nivelului de cultură generală, ceea ce îi conferă, implicit, unele criterii de apreciere mai nuanțată, mai realistă a acuzelor suferindului. În acest context, amintim că o simptomatologie asemănătoare poate fi relatată foarte diferit de bolnavi. Astfel persoane nevrotice, volubile, logoreice, relatează cu lux de amănunte, într-un limbaj colorat cu multe adjective, simptome banale, nesemnificative, omițînd uneori semnele esențiale. Durerea poate fi descrisă de o persoană cu sistem nervos puternic, echilibrat, în mod sobru, precis, în opoziție cu persoane nevrotice sau cu sistem nervos slab, care dramatizează, descriu simptomatologia, evocînd un tablou clinic de mare gravitate.

Descrierea adecvată, reală, a simptomelor, înlănțuirea acestora au o mare însemnătate pentru raționamentul medical privind o anumită ipoteză diagnostică preliminară, a cărei corectitudine va fi verificată prin investigațiile clinice și paraclinice, precum și prin rezultatele obținute în cursul tratamentului aplicat.

Dialogul medic-bolnav va fi permanent, în întreaga perioadă de îngrijire a pacientului. În cazurile în care nu se remarcă rezultatele scontate în cursul evoluției bolii, medicul tre-

buie să reia anamneza, să caute să aprofundeze simptomatologia, urmărind să obțină noi informații, care ar putea să determine reconsiderarea diagnosticului.

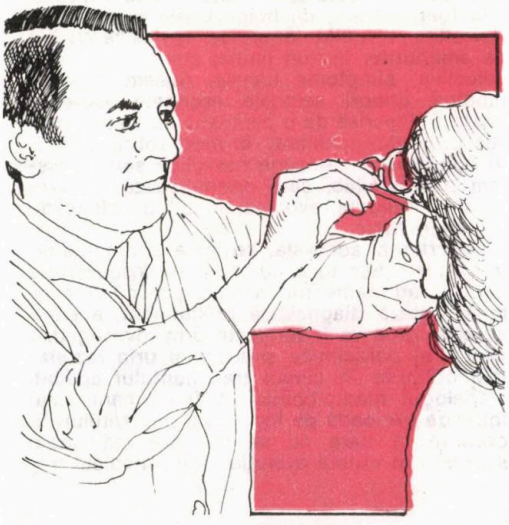
Modul de debut al bolii poate să fie sugestiv pentru natura și sediul procesului. Unele afecțiuni au început brusc, brutal, în stare de sănătate aparentă, spre deosebire de alte boli în care manifestările clinice se instalează progresiv, insidios, pe nesimțite.

Bolile care încep brusc, cu o simptomatologie zgomotoasă, sugerează un proces patologic acut, permițînd, în funcție de caracterele semnelor, orientarea adecvată a diagnosticului. Uneori, chiar numai pe baza unei anamneze se pot formula diagnostice, care se vor dovedi ca avînd un înalt grad de corectitudine. În această categorie se includ boli ca: angina pectorală, colica hepatică sau colica renală, ulcerul gastric, ulcerul duodenal, pneumonia bacteriană etc.

Alte boli se manifestă clinic treptat, progresiv, fără mult zgomot. În acest grup menționăm, în primul rînd, diversele localizări ale cancerului.

Trebuie însă subliniat că această grupare a bolilor în raport cu modul de manifestare la început, deși este utilă, are totuși un caracter oarecum arbitrar, deoarece în realitate manifestările bolilor prezintă numeroase modalități și nuanțe pe care medicii le cunosc și, prin întrebările lor în cursul dialogului cu bolnavul, le pot identifica în timp util.

Astfel unele boli, cu manifestări aparent acute la debut, prezintă o perioadă premergătoare de durată variată, caracterizată prin simptome clinice, uneori discrete, care pot fi ignorate de bolnavi; în aceste cazuri la o anamneză „țintită", efectuată de medic, bolnavii își reamintesc despre „micile" acuze pe care le-au sesizat, dar cărora nu le-au acordat importanță. În schimb, persoanele cu o capacitate ridicată de autoobservație sau cu o sensibilitate crescută relatează uneori spontan, în cursul anamnezei, că anterior debutului clinic manifest cu caracter acut au prezentat simptome de mică intensitate.



Sînt semnificative de amintit cazurile de tuberculoză în care, indiferent de organul afectat, există o simptomatologie generală care alcătuiește așa-zisul sindrom (asociere de semne) de impregnare bacilară, reprezentat de febră, tulburări de somn, lipsa poftei de mîncare, pierdere în greutate, astenie, paliditatea tegumentelor și mucoaselor, transpirații nocturne, dureri articulare. Supoziția diagnostică de tuberculoză poate să fie confirmată prin reacția intens pozitivă la tuberculină, înainte de a se constitui forme grave acute sau supraacute ale bolii.

Diversele localizări ale bolii canceroase se pot manifesta clinic la început prin semne necaracteristice, neevocatoare, comune cu simptomele altor boli ale organismului afectat. Particular însă, în cazul cancerelor, este faptul că simptomele sînt persistente, nu cedează la tratamentele obișnuite și pe parcurs tabloul se îmbogățește cu alte manifestări clinice.

Relatarea bolnavului privind simptomele clinice inițiale este de multe ori evocatoare pentru interesarea anumitor organe (plămîni, inimă, rinichi etc.), diagnosticul prezumtiv fiind verificat prin examenul clinic și investigații de laborator.

În bolile aparatului respirator (bronșite, bronhopneumonii, pneumonii, supurații pulmonare etc.) semnele clinice subiective acuzate de pacient, care îndreaptă atenția asupra plămînilor, sînt junghiul toracic sau durerea sub variate aspecte, tusea iritativă, uscată sau însoțită de expectorație (eliminarea de secreții patologice din căile respiratorii); la rîndul ei expectorația poate să fie mucoasă, mucopurulentă, purulentă sau sanguinolentă (hemoptoică); un aspect particular este constituit de expectorația (sputa) cu sînge pur, care este cunoscută sub denumirea de *hemoptizie*. Hemoptizia trebuie diferențiată de vărsătura cu sînge, numită *hematemeză*. Hemoptizia, adică expectorația cu sînge pur, apare la bolnavi cu leziuni pulmonare, se produce prin tuse și are culoarea roșu-aprins a sîngelui, spre deosebire de hematemeză, adică vărsătura cu sînge, care apare la bolnavi cu leziuni ale aparatului digestiv (esofag, stomac, duoden), se însoțește de greață și are aspect de cheaguri de sînge sau culoare închisă; altă manifestare subiectivă în bolile pulmonare este dificultatea în respirație (dispnee). Semnele subiective sînt comune diverselor boli ale aparatului respirator, prezentînd însă nuanțe și aspecte variate, atît la începutul bolii, cît și în cursul evoluției, asupra cărora va insista medicul consultant în cursul interogatoriului.

În afecțiuni ale inimii, bolnavii se plîng de o serie de simptome evocatoare, și anume: dureri în regiunea inimii (dureri precordiale), cu caractere diverse, între care foarte sugestivă este durerea cu caracter constrictiv (ca o gheară), cu iradiere spre umărul stîng, brațul și mîna stîngă, întîlnite în angina pectorala sau în infarctul miocardic; un alt simptom des acuzat este lipsa de aer sau dificultatea în respirație, care poate apărea în efort sau chiar și în repaus; senzațiile de lovitură în dreptul inimii sau palpitațiile sînt, de asemenea, relatate de bolnavi.

Bolnavii cu tensiune arterială crescută (hipertensiune arterială) acuză o serie de simptome, ca: mici puncte negre în ochi (fosfene) sau diverse zgomote (acufene); mulți au dureri de cap, ameteli sau tulburări de somn.

În bolile aparatului digestiv, pacienții descriu dureri cu sedii și orare diferite, în raport cu segmentul afectat (stomac, duoden, intestin, vezicula biliară), senzație de arsură (pirozis) în spatele sternului sau în regiunea abdominală superioară, balonări și senzație de plenitudine după mese, senzație de saturație rapidă după primele înghițituri de alimente, greutate la înghițirea alimentelor (disfagie), grețuri, vărsături cu conținut variat (apoase, suc gastric, bilă, alimente), vărsături cu sînge (hematemeză), tulburări ale tranzitului intestinal manifestate prin constipație (scaune cu consistență crescută, rare, la 2—3 zile) sau diaree (scaune frecvente, cu conținut lichidian, neformate), scaune însoțite de mucozități, membrane, puroi sau sînge. Un aspect particular este reprezentat de scaunele de culoare neagră ca păcura (melena), care este expresia unei hemoragii prin leziune a tubului digestiv, de natură variată. În bolile aparatului urinar, simptomatologia descrisă de pacienți este constituită de durere, tulburări în eliminarea urinei, modificări cantitative și calitative ale acesteia. Durerea renală are sediu lombar, poate să fie uni- sau bilaterală și cu intensități variate. Uneori bolnavii descriu dureri surde, de mică intensitate, dar persistente; alteori durerile sînt intense, în crize, realizînd tabloul de colică renală, în care durerea iradiază pe fața anterioară și inferioară a abdomenului, spre organele genitale și spre coapsa respectivă. Colica se poate însoți de tulburări urinare, constînd în eliminarea unei cantități reduse de urină (oligurie) sau alteori de necesitatea de a urina frecvent (polachiurie) și gastrointestinale (grețuri, vărsături, balonare abdominală prin acumularea de gaze în intestine).

Unii bolnavi relatează că prezintă emisiuni de urină spontane, fără voia lor, ceea ce constituie *incontinența de urină*, iar alții se plîng de imposibilitatea de a urina, ceea ce reprezintă *retenția de urină*.

Semnificative din punct de vedere medical și totdeauna alarmante pentru bolnavi sînt modificările calitative ale urinei, reprezentate de prezența în urină a puroiului (piurie) sau a sîngelui (hematurie). În privința hematuriei, aceasta poate să apară la începutul urinării, la sfîrșitul emisiunii urinei sau în tot cursul micțiunii (urinării).

Unii bolnavi cu afecțiuni renale prezintă indispoziție generală, dureri de cap, greață, lipsa poftei de mîncare, astenie, tulburări vizuale și auditive, greutate în respirație. Unele dintre simptomele menționate sînt expresia stării de intoxicație, altele sînt datorite hipertensiunii arteriale.

S-a afirmat, cu multă dreptate, că „fiecare bolnav își face boala sa" și că „nu tratăm boli, ci bolnavi", aforisme care reflectă întrutotul cele arătate mai sus, și anume că fiecare boală poate îmbrăca numeroase variante clinice și că este de resortul și capacitatea medicului curant ca prin interogatoriul său să identifice trăsăturile definitorii ale unei anumite boli.

Prin enumerarea acestor diverse grupe de simptome întîlnite în boli ale principalelor organe, dorim, deci, nu numai că informăm cititorii asupra varietății acestor semne și a asocierii lor, uneori evocatoare pentru o anumită afecțiune și care trebuie bine observate, înregistrate și redate, din memorie, adecvat, fidel, de bolnavi în cursul anamnezei, dar și să subliniem că în cursul interogatoriului pacienții au interesul și datoria de a fi receptivi, de a fi de bună credință, sincer cooperanți, prin răspunsuri precise, furnizînd astfel elemente deseori decisive pentru diagnostic.

După ce în prima parte a anamnezei și interogatoriului medicul s-a edificat asupra simptomelor bolii actuale și își poate formula o supoziție diagnostică preliminară, creîndu-se în același timp, de obicei, premisele unei cooperări eficiente cu pacientul, pe temeiul încrederii reciproce — și în primul rînd a bolnavului față de medic — se trece la completarea interogatoriului, solicitînd date asupra antecedentelor fiziologice (legate de vîrstă și sex, cu implicații ale dezvoltării și predispoziției pentru o anumită patologie) și patologice eredocolaterale și personale (bolile pe care le-au avut rudele apropiate și bolnavul înainte de afecțiunea actuală), precum și asupra aspectelor de stare civilă personale (ocupație, loc de muncă, domiciliu). Unora dintre bolnavii stresați de boală, asemenea chestionar le poate apărea ca avînd caracter nu numai administrativ, birocratic, dar și intim, accentuîndu-se starea generală de indispoziție. De aceea aceste întrebări trebuie solicitate numai după ce prin discuția prealabilă medicul și-a cîștigat simpatia și cooperarea bolnavului, care devine astfel receptiv și înțelege rostul real al acestui dialog cu medicul.

Cunoașterea de către medic a antecedentelor eredocolaterale, adică a bolilor pe care le-au prezentat rudele cele mai apropiate ale pacientului, este de mare interes, deoarece sînt binecunoscute numeroase boli cu caracter familial, cu caracter genetic, cu caracter ereditar.

Antecedentele patologice personale ale bolnavului furnizează argumente uneori esențiale pentru interpretarea suferinței actuale. Bolnavii trebuie să cunoască și să rețină că relativ numeroase boli au caracterul nefast de a pregăti terenul pentru apariția altora. De exemplu, în cazul unei persoane care acuză simptome ce îndreaptă atenția asupra unei probabile suferințe a inimii, faptul că în antecedente a prezentat amigdalite repetate, sinuzite sau reumatism poliarticular acut îndrituiește supoziția diagnostică de leziune cardiacă, deoarece în asemenea circumstanțe pot apărea endocardite sau miocardite (adică inflamația învelișului intern al inimii și, respectiv, a mușchiului inimii).

Numeroase boli infectocontagioase pot afecta de asemenea inima, fiind cunoscute inflamațiile mușchiului inimii, care se produc, spre exemplu, în cursul scarlatinei sau anginei difterice. Bolile renale inflamatorii (glomerulonefrita) determină frecvent hipertensiune arterială.

În producerea afecțiunilor pulmonare, un rol deosebit îl au bolile infecțioase și contagioase, în primul rînd tusea convulsivă și rujeola, care scad rezistența organismului și favorizează dezvoltarea bronșitei, dilatațiilor bronșice (bronșiectazii) și a bronhopneumoniei. Diverse procese patologice pulmonare și pleurale pot lăsa modificări (sechele) care în timp favorizează dezvoltarea fibrozelor pulmonare, bronșiectaziilor (dilatațiilor bronșice) și ulterior a cordului pulmonar cronic, care are drept urmare insuficiența inimii drepte. Se remarcă deci de multe ori o înlănțuire de leziuni a mai multor organe.

Anamneza și interogatoriul vor avea în vedere, de asemenea, aspecte legate de vîrstă și sex, condițiile de viață și de muncă, eventuale stări conflictuale în familie sau la locul de muncă, condițiile de climat și geografice, eventuale practici antisanogene (uz și abuz de alcool și tutun), fiecare dintre acestea putînd contribui la abordarea cît mai realistă a bolii actuale.

În cursul anamnezei, bolnavul va relata eventualele tratamente urmate de la apariția bolii și pînă în momentul consultației medicale, date necesare nu numai pentru aprecierea eficienței, dar și pentru eventuala reconsiderare a conduitei ulterioare.

De reală utilitate pentru diagnostic sînt investigațiile clinice și de laborator efectuate anterior. De aceea, pacienții vor prezenta la consultația medicală toate documentele medicale pe care le posedă în legătură cu boala actuală sau cu suferințe anterioare, și anume: buletine de analize medicale, de laborator, buletine radiologice, ecografice, scintigrafice, inclusiv iconografia radiografică. Aceste documente furnizează medicului elemente obiective de comparație și de apreciere a stării actuale, contribuind deopotrivă la ridicarea eficienței consultului medical și a eficienței economice.

Bolnavii care au fost supuși unor intervenții chirurgicale (rezecții gastrice, colecistectomii, rezecții de colon etc.) vor prezenta protocolul operator, cunoașterea tehnicilor chirurgicale și a montajelor fiind necesară în aprecierea bolii actuale.

Se desprinde din cele menționate justețea opiniei că anamneza bună și interogatoriul corect înseamnă de fapt „arta de a interoga bolnavii" și „arta de a asculta cele relatate de pacienți".

Anamneze incomplete și incorect înregistrate sînt sursă de greșeli în lanț, atît în prescrierea inutilă a unor investigații paraclinice, cît și a tratamentelor inoperante instituite.

Astfel în unele cazuri de pneumonie, bolnavii pot acuza dureri abdominale, care, datorită unei anamneze superficiale, incorecte, pot conduce la diagnostice eronate de apendicită, colecistită sau ulcer. Ultimul diagnostic poate fi sugerat și de modul defectuos în care bolnavul descrie expectorația ruginie caracteristică pentru pneumonii drept o eliminare de sînge, sugerînd medicului o hematemeză, adică o vărsătură cu sînge. Asemenea diagnostice eronate pot fi evitate prin nuanțarea anamnezei de către medic și, evident, prin examenul radiologic pulmonar care depistează procesul pneumonic, precum și prin examen radiologic al stomacului și duodenului, care infirmă leziunea ulceroasă presupusă inițial.

O situație încă mai importantă, care se poate solda cu o gravă eroare de diagnostic și atitudine terapeutică, este reprezentată de forme clinice atipice de infarct miocardic, afecțiune frecventă și severă, constînd în obstruarea unei ramuri a arterelor coronare, ce hrănesc mușchiul inimii. Astfel, unele infarcte de miocard se însoțesc de tulburări digestive, constînd în dureri în partea superioară a abdomenului (epigastru), balonări, regurgitații, eructații, care pot sugera diagnosticul de ulcer gastric sau duodenal. Este cunoscut că tratamentul în caz de infarct impune, ca o măsură imediată, repausul absolut, indicație care practic nu se va realiza în cazul unor asemenea erori de diagnostic, iar consecințele pot să fie nefaste.

Importanța anamnezei reiese cu claritate din cele menționate; se apreciază, dealtfel, că anamneza asigură diagnosticul în proporție de 50% din cazuri, restul revenind examenului clinic obiectiv și investigațiilor paraclinice.

Vă prezentăm

DISPENSARELE POLICLINICI CU PLATĂ

Parte integrantă a Programului partidului, obiectivele ocrotirii sănătății populației, pornind de la interdependența sănătate-capacitate de muncă-randament, vizează intensificarea activității medicale preventive și dezvoltarea activității pentru medicina omului sănătos.

Orientările de bază în ridicarea asistenței medicale la noi cote de eficiență poartă amprenta gîndirii secretarului general al partidului, tovarășul Nicolae Ceaușescu, în concordanță cu țelurile majore ale societății noastre socialiste.

Conform politicii sanitare, profund umaniste, a partidului și statului nostru, a fost reorientată activitatea în domeniul practicii medicale, materializată în asistența medicală curentă — în concordanță cu etapa pe care o parcurgem.

Ca o expresie deosebită a grijii conducerii de Partid și de Stat, a fost elaborat Decretul 279/1983, prin care se creează dreptul de adresabilitate al oricărui pacient la medicul preferat, act normativ prin care s-a instituit organizarea asistenței medicale ambulatorii cu plată, acțiune social-economică avînd la bază principiul autoconducerii, autofinanțării și autogestiunii economico-financiare.

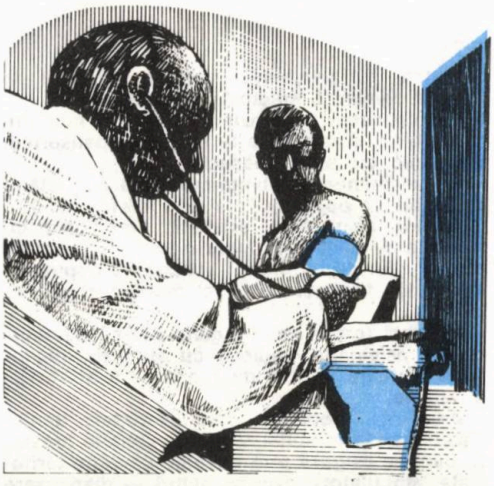
Conducerea Direcției Sanitare a Municipiului București, traducînd în fapt prevederile Decretului 279/1983, a luat măsurile adecvate pentru ca din data de 06.02.1984 să ia ființă prima unitate de acest gen — Dispensarul policlinic cu plată nr. 1 —, urmat, la scurt interval, de alte unități în Capitală și principalele orașe din țară.

Dispensarele policlinici cu plată au în structura lor cabinete medicale pentru consultații și laboratoare medicale pentru investigații și tratament.

În cabinetele medicale ale dispensarelor policlinici cu plată se acordă asistență medicală în toate specialitățile — medicină internă, cardiologie, gastroenterologie, neuropsihiatrie, oftalmologie, O.R.L., chirurgie, endocrinologie, ginecologie, alergologie, homeopatie, pediatrie, stomatologie, acupunctură, radiologie, laborator de analize —, de către un număr impresionant de cadre medicale de certă valoare profesională, profesori universitari, conferențiari, șefi de lucrări, medici primari și specialiști.

Cei ce se adresează dispensarelor policlinici cu plată au accesibilitate directă, fără bilet de trimitere, indiferent de domiciliu și de locul de muncă pe care îl ocupă.

În cazul suprasolicitării unor specialiști, se folosesc programările, cu reținere de bon de consultații, cu dată și oră precisă.



Programarea se face la solicitarea telefonică sau la prezentarea bolnavului, prin biroul de informații al unității, care are sarcina să dirijeze și să dea toate precizările respective.

În situații speciale, de urgență și gravitate deosebită, în cadrul dispensarelor policlinici cu plată se procedează la consult interdisciplinar.

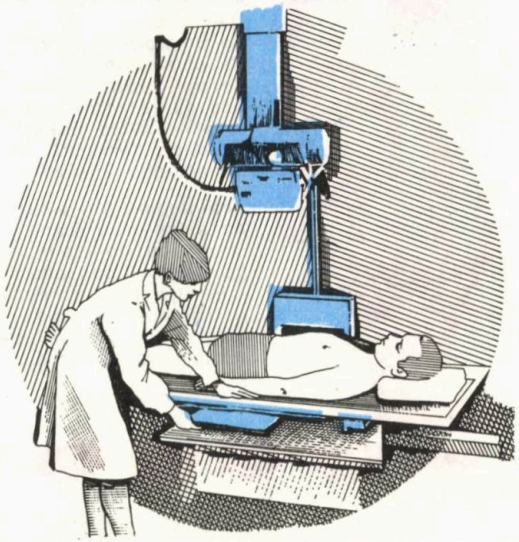
La cerere, se asigură asistență medicală și la domiciliul bolnavilor (ziua și noaptea).

Analizele de laborator, examenele radiologice, alte investigații, precum și procedurile de balneofizioterapie se pot efectua prin compartimentele specializate ale unităților sanitare cu plată.

În unitățile sanitare cu paturi se acordă asistența medicală cu plată, la cerere, bolnavilor convalescenți sau pentru recuperare medicală, pe baza recomandării medicale, în timpul concediului medical sau în cadrul concediului de odihnă ori fără plată.

Pentru ca populația să poată beneficia de aportul cadrului medical dorit, la nivelul fiecărui dispensar policlinic cu plată există, în timpul orelor de program, o permanență telefonică la biroul de informații.

Listele cu medicii, specialitatea și gradul profesional al acestora, tarifele și alte indicații privind organizarea și funcționarea unității sînt aduse la cunoștința publicului prin afișare.



Listele cu personalul sanitar autorizat să acorde asistență medicală cu plată la domiciliul bolnavului, cuprinzînd adresa și numărul de telefon, sînt afișate la sediul dispensarului policlinic cu plată respectiv.

De asemenea, asistența medicală cu plată la domiciliu se poate solicita și la telefon nr. 051.

Pentru asigurarea asistenței medicale cu plată la domiciliu, în afara orelor de program ale biroului de informații, solicitările populației vor putea fi adresate direct medicilor respectivi.

Această formă nouă organizatorică de acordare a asistenței medicale cu plată nu înlocuiește sistemul actual de acordare a asistenței medicale.

Asistența medicală, medicamentele, materialele sanitare, spitalizarea și celelalte prestații care se asigură prin unitățile sanitare teritoriale, ambulatoriu sau cu paturi — dispensare medicale, dispensare policlinici și altele — se acordă în continuare, în mod gratuit, în condițiile prevăzute de lege.

Experiența celor aproape 2 ani de funcționare ne-a demonstrat utilitatea și eficiența acestei forme de asistență medicală.

Succesele obținute în anul 1985 ne îndreptățesc să privim cu sporită încredere anul ce vine.

Toate acestea demonstrează cu putere justețea politicii promovate cu consecvență de partidul nostru, pentru apărarea și întărirea continuă a stării de sănătate, element esențial al menținerii vigoarei și tinereții întregii noastre națiuni.

Putem spune acum, la început de an, că trebuie să realizăm pe deplin mărețele sarcini pe care partidul și statul nostru socialist le-au încredințat sectorului de ocrotire a sănătății.

Dr. Doina Culca
MEDIC-DIRECTOR
Dispensarul policlinic cu plată nr. 1
București

diagnostic DIFICIL

Nesimțindu-mă prea bine,
Și-avînd, cred, unele crize,
M-am decis și eu, în fine,
Sa-mi fac niște analize.
Zis și făcut. Dup-aceea,
La medic m-am prezentat,
Care, văzîndu-mi ureea,
A tresărit, speriat:
- Nu se poate! - a spus tare -
Cred că totul e greșit;
Cu-o uree-atît de mare
Nimeni n-ar mai fi trăit.
Dar, cum oriunde pe lume,
Se întîmplă și erori,
Ba chiar confuzii de nume
Se pot vedea uneori,
Așa că te rog, - îmi zice
Amînînd orice premize,
Te duci dumneata, amice,
Și faci alte analize!

Altă-nțepătură-n vînă,
Alt sînge sacrificat.
Și iar vin cu ele-n mînă
La medicul consultat.
- Ei, așa mai merge - îmi spune -
A dispărut... uremia,
Însă nu prea stăm „pe bune",
Acuma, cu glicemia.

Și cum starea indicată
Poate fi un diabet,
Te duci și-ți mai faci o dată
Analizele complet!

Am mers, deci: în grabă mare,
Să solicit un nou set
De analize, din care
Să văd de n-am diabet.
Dar și-acum, altă surpriză,
Cînd medicul a citit,
Mi-a găsit, la analiză,
Colesterolul mărit.
Și văzînd că nu-i de-a bună,
C-un bolnav în așa hal,
A hotărît să-mi propună
Internarea în spital.

Dar aicea, credeți oare,
C-am scăpat de vechea placă?
M-au dus în laboratoare
Alte-analize să-mi facă...
Și dup-atîta înțepare
Și atîta sînge luat,
C-aș fi putut, prin donare,
Doi oameni să fi salvat,
Unul de-acolo-mi explică:
- Ai boala așa numită,
În limbajul nostru-adică,
Simplu: „laboratorită".

ION VULPESCU

la CONSULTAȚIE

Un tînăr certat cu munca, a crezut ca e normal,
Să încerce să obțină, un concediu medical.
Și ținînd-o într-un vaiet, se duse la dispensar,
Acuzînd dureri de șale și în piept arsuri de jar.

După ce l-a consultat, atent și meticulos,
Doctorul i-a spus: „Băiete, n-ai nimic, ești sănătos!
Du-te liniștit la lucru și mănîncă tot ce vrei,
Fiindcă boala e departe, n-ai treabă cu dumneaei".

Constatînd că înscenarea nu i-a reușit deloc,
Tînărul i se-adresează parcă-n glas cu mai mult foc:
„Nici cu ochii nu stau bine, la servici abia mai văd,
De aceea le-ncurc pe toate, las în urmă un prăpăd!

Cu vederea nu-i de glumă, nu-i un guturai banal,
Am nevoie, de urgență, de-un concediu medical!"
Doctorul, zîmbind, îi spune: „Rog pe scaun să te-așezi
Și să-mi spui, băiete dragă, pîn' la ce distanță vezi".

Tînăru'-și roti privirea și-ntrebă c-un dulce ton:
„Vedeți musca aceea mică, ce se plimbă pe plafon?
Ați spus DA și, pentru asta, să știți că vă fericesc!
Fiindcă eu, beteag cu ochii, nici măcar nu o zăresc!..."

PIA HAȚEGANU

MARI SUCCESE ALE MEDICINII SECOLULUI XX

Sînt unii — și nu puțini — care susțin că medicina a rămas mult în urma celorlalte științe. Mai mult..., că medicina nici nu este o știință. Cînd rachetele și navetele brăzdează spațiul cosmic, cînd omul a pășit pe lună, cînd cibernetica se dezvoltă în ritm amețitor, cînd apar noi și noi generații de computere, cînd roboții preiau activitățile tradiționale — spun aceștia, — oamenii mor încă de cancer, fac atacuri cardiace sau cerebrale, sînt ținuți la pat de o banală gripă sau de o sciatică. Nu a rămas medicina în urmă?

Să fie adevărat?

Să ne gîndim numai ce însemnau diabetul, anemia pernicioasă sau poliomielita în primele decenii ale secolului! Ce tribut cereau tuberculoza, infecțiile sau malformațiile congenitale cardiace în urmă cu doar cîteva zeci de ani!

Medicina secolului XX a făcut progrese uriașe, a realizat un număr impresionant de mari succese. „Sînt mai multe progrese în ultimii 40 de ani decît în 40 de secole" — spunea, pe drept cuvînt, profesorul Jean Bernard, la începutul deceniului al 9-lea. Să vorbim despre aceste succese nu e deloc ușor. Nu e deloc ușor, pentru că sînt atît de multe, atît de variate, încît trecerea lor în revistă ar necesita... o enciclopedie.

De aceea ne vom opri numai la cîteva din realizările secolului XX. Aceasta în permanență cu teama că, vorbind despre unul din elemente, omitem alte 10 sau 100 la fel de importante, sau poate chiar mai importante, deoarece selecția noastră este, neîndoielnic, subiectivă. Ea încearcă însă să readucă în actualitate cîteva din momentele de vîrf, de răscruce ale medicinii secolului XX. Pe cele pe

care le consideră ca adevărate „evenimente", ca adevărate deschizătoare de drumuri noi, contribuții deosebite în lupta de secole cu boala.

Am să încep — nu întîmplător — cu anul 1923, cînd canadienii Banting și Best primeau premiul Nobel pentru descoperirea insulinei. O descoperire într-adevăr de importanță capitală... dar care fusese făcută, *cu 2 ani înainte*, de savantul român Nicolae Paulescu... care rămîne un mare precursor, dar și un mare nedreptățit. Pentru noi românii — și nu numai pentru noi — Paulescu rămîne *adevăratul* descoperitor al insulinei... chiar dacă alții neagă aceasta, chiar dacă încununarea descoperirii — premiul Nobel — a luat calea țării în care cresc arțarii.

O dată — într-adevăr memorabilă — este cea de 12 ianuarie 1941. Sîntem într-un spital londonez. Un apărător al ordinii — un polițist britanic — se luptă din greu cu moartea. Are o septicemie mixtă stafilococică și streptococică. O boală care nu iartă! De data aceasta însă tradiția este infirmată... și boala trebuie să se declare învinsă. Nu este un miracol! Este doar prima vindecare — în premieră mondială — a unei infecții redutabile cu ajutorul unui antibiotic. Antibioticul în cauză era penicilina — banala penicilină de astăzi — descoperită, după ani îndelungați de cercetări, de Fleming, în 1928.

De atunci noi și noi antibiotice au pătruns în arsenalul terapeutic, depășind în prezent cifra — într-adevăr remarcabilă — de 3 000. Da! Peste 3 000 de bactericide și bacteriostatice duc o luptă zilnică cu tuberculoza, pneumonia, meningita, febra tifoidă, endocardita bacteriană, realizînd victorii spectaculoase, contribuind din plin la starea de sănătate, la prelungirea mediei de viață. Într-adevăr, antibioticele reprezintă una dintre cele mai răsunătoare realizări ale medicinii moderne.

Un alt succes de proporții în domeniul terapeuticii se conturează în zilele Congresului Mondial de Reumatologie, ce se desfășoară la New York, în mai 1949. Să pătrundem în sala în care sînt reuniți reumatologii de pretutindeni. Un bolnav aproape complet imobilizat de suferințele articulare este prezentat asistenței în prima zi a lucrărilor. Nimic deosebit... căci în reumatism astfel de lucruri sînt comune. Stupoare însă în a 4-a zi a congresului! Același bolnav este adus din nou în fața participanților la congres — de data aceasta cu mișcările complet libere. Un reumatolog, P. Hench, folosea — cu această ocazie — pentru prima oară cortizonul, într-o boală reumatismală. Cortizonul devenea astfel capul de serie al antiinflamatoarelor, justificînd folosirea bătrînei aspirine și anunțînd apariția antiinflamatoarelor nesteroidice, dintre care prima, indometacina, va fi sintetizată în 1962 de Shen și Sarett.

Din trecerea în revistă a succeselor medicinii secolului XX nu pot lipsi — se înțelege — cele din domeniul bolilor cardiovasculare, boli atît de răspîndite în anii noștri, boli reprezentînd principala cauză de deces în țările avansate. Și aici succesele medicinii sînt multiple. Să amintim doar cîteva: diureticele (Clorotiazida, 1957) și Aldactone (1959) contribuie la controlarea insuficienței cardiace (alături de bătrîna digitală) și, împreună cu β — blocantele (introduse în 1964), reprezintă tratamentul modern, de elecție, al hipertensiunii arteriale. Anticoagulantele ca heparina (1938) și antivitaminele K (1942), alături de antiagregantele plachetare de tipul Dipiridamolului și de recentele „blocante calcice", înseamnă noi arme terapeutice eficace în luptă cu „boala numărul unu" a secolului — ateroscleroza — și complicațiile acesteia.

Cronologic, transplantul de organe a început la 17 iunie 1950, la Chicago. În acea zi memorabilă se scria o nouă pagină în istoria medicinii. O pagină considerată pînă atunci de domeniul literaturii științifico-fantastice. Unei femei de 44 ani, suferind de o boală renală gravă, i se grefa rinichiul unei alte femei. Grefa n-a durat decît cîteva luni... dar începutul fusese făcut. Astăzi numărul transplanturilor renale a depășit 100 000 (în această cifră sînt cuprinse și transplanturile renale realizate în țara noastră — la Spitalul Fundeni).

Dar realizarea cea mai spectaculoasă s-a produs 17 ani mai tîrziu. Într-o zi de vară australă — 3 decembrie 1967 — într-un spital din Capetown — Africa de Sud —, un chirurg anonim, pînă atunci, Cristian Barnard, reușea să transplanteze, în 4 ore și 45 de minute, inima unui om, altui om. Ce lucru minunat! Un om condamnat la moarte revenea la viață, simțind în piept bătăile unei inimi străine. Știrea apărută pe prima pagină a ziarelor avea caracter de senzație, de miracol. Dar în spatele ei cîți ani de muncă, de experimentări!... Cîte alte progrese în domeniul anesteziei și reanimării și mai ales în cel imunologic! Căci dacă intervenția în sine nu era decît un element de tehnică — de tehnică foarte avansată, se înțelege — problema cea mai dificilă era aceea a împiedicării „eliminării corpului străin", pe care organismul nu-l recunoaște, nu-l primește... „de bună voie".

De atunci... peste 1 000 de transplantări cardiace au devenit fapte cotidiene, ca și lansările de sateliți în spațiu.

Se mai poate spune — în fața acestor realități, în fața acestor realizări epocale — că medicina n-a făcut progrese? O medicină care folosește în mod curent protezele valvulare, devenite adevărate „piese de schimb" pentru inimile în suferință, care redă mersul prin protezele de șold sau de genunchi?

O medicină care cu 3 ani în urmă — 2 decembrie 1982 — realiza, în premieră, inima robot, inima artificială? O inimă artificială compusă dintr-un suport de aluminiu, din 2 ventricule de poliuretan și din inele de policarbonat branșate la sistemul circulator al unui grav bolnav cardiac. Operația a durat 7 ore și jumătate. Și prima inimă artificială a funcționat peste 100 de zile... deschizînd noi căi de progres.

Să ne oprim aici. Nu pentru că am epuizat subiectul. Nu pentru că alte realizări, alte succese ale medicinii secolului nostru sînt de mai mică importanță. Am lăsat de o parte multe din realizările revoluției terapeutice. N-am vorbit de numeroasele citostatice, de noile arme împotriva durerii. Am omis, cu bună știință

imunodepresivele și imunostimulantele, ca și începuturile și perspectivele ingineriei genetice.

Dar secolul nu s-a terminat încă. Iar următorii ani pot aduce — e normal să aducă — noi și noi descoperiri. Și avem posibilitatea de a reveni — de a completa bilanțul medicinii secolului — în anii ce urmează, cînd intrăm „în linie dreaptă" spre mileniul 3.

Oricum, realizările de pînă acum, din acest secol al ciberneticii și al zborurilor spațiale, ne permit să privim cu încredere viitorul medicinii și al omenirii deservite de ea.

O medicină încununată de succese — iată cum se prezintă medicina secolului XX. La mijlocul celui de al 9-lea deceniu. Dar o medicină care are de rezolvat — în continuare — noi și noi probleme. Deoarece agenții patogeni — microbii, virușii — nu stau cu brațele încrucișate, deoarece civilizația și poluarea sînt însoțite de apariția unor noi factori de risc, de noile boli ale civilizației.

S-au cîștigat multe bătălii... dar lupta continuă. Lupta pentru sănătatea, pentru bunăstarea... pentru fericirea oamenilor. *A tuturor oamenilor!*

Iar medicina trebuie să stea în primele rînduri ale acestei lupte.

Dr. Eugen Alexe
MEDIC PRIMAR
Spitalul clinic al municipiului București

MEMORIA MEDICINII

– Cu 3 000 de ani î.e.n. egiptenii credeau că bolile sînt produse de viermi.

– Cu 1 700 de ani î.e.n. este întocmit Codul Hammurabi *(regele Babilonului), considerat cea mai veche colecție de legi. A fost descoperit în anul 1902 și este păstrat la Muzeul Louvre. În el este inclus și statutul medicilor, în care se pomenește și de onorariul lor: „Dacă medicul a făcut unui om liber o rană cu vîrful bronzului (bisturiu) și a vindecat pe acest om, sau dacă a deschis cataracta unui om și a vindecat ochiul acestui om, el va lua zece secheli de argint. Dacă medicul a făcut unui om o rană cu vîrful bronzului și a omorît acest om sau dacă a deschis cataracta unui om și a distrus ochiul acestui om i se vor tăia mîinile. Dacă este sclav, el va plăti jumătate din prețul acestui sclav".*

– Cu 2 000 de ani î.e.n. în China se practica un singur gen de operație chirurgicală, și anume: castrarea celor care intrau în slujba împăratului.

– Cu 480 ani î.e.n. babilonienii își scoteau bolnavii pe stradă, pentru a fi examinați de trecătorii care suferiseră de aceeași boală sau văzuseră și vindecaseră un caz asemănător. Tămăduitorul de ocazie își lua angajamentul să facă tot ceea ce știe pentru vindecarea acelui bolnav (din relatările istoricului grec Herodot).

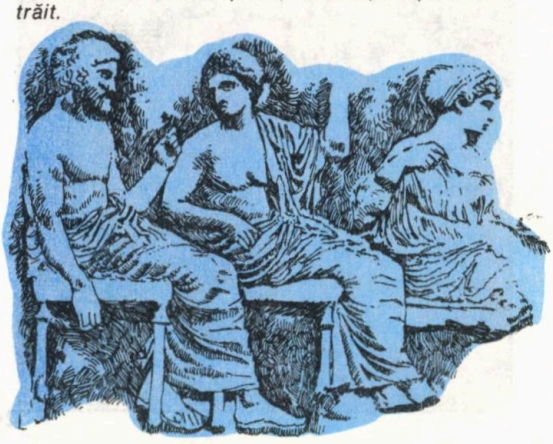
– Cu 79 de ani î.e.n. erupția vulcanului Vezuviu a acoperit de lavă orașele Herculanum și Pompei. Printre victime s-a aflat și Plinius Secundus Caius, zis și cel Bătrîn, naturalist și compilator roman.

– În anul 1220 este înființată prima Facultate de Medicină din Franța, la Montpellier. Lecțiile erau la început mai mult teoretice, fiind constituite din comentarea operelor lui Hipocrate, Galenus și Avicenna. În același timp se practica și disecția, dar numai pe porci, deoarece biserica interzicea disecția pe oameni.

– În anul 1331 este înființată Facultatea de Medicină din Paris, dar fără un local propriu. Lecțiile erau predate pe stradă, iar examenele se dădeau la domiciliul profesorilor, numiți doctori-regenți. Parisul avea la acea vreme aproape 300 000 de locuitori, 32 de medici și un singur spital, numit Hôtel-Dieu, *unde bolnavii erau consultați de trei ori pe săptămînă.*

– În anul 1348, ciuma care s-a abătut asupra Florenței a făcut aproape 100 000 de victime. Pentru a distra restul populației supraviețuitoare, scriitorul italian Giovanni Boccaccio a scris Decameronul, *un volum de nuvele satirice.*

– În anul 1500, în Elveția, un anume Jacques Nufer, care se ocupa cu castrarea porcilor, văzînd că cele 13 moașe de la căpătîiul soției sale nu reușeau să-i scoată copilul, practică, pentru prima dată, o cezariană pe o femeie vie. Din întîmplare, mama și copilul au trăit.



– În anul 1572, în Noaptea Sfîntului Bartolomeu, regele Carol al IX-lea ascunde în camera sa, scăpîndu-l de la masacru, pe un anume bărbier, Ambroise Paré, care avea să devină părintele chirurgiei moderne. El a inventat forcepsul, cauterul, speculul, ligatura vaselor de sînge, cît și una din metodele folosite pentru versiunea fătului în uter. Cele mai multe din operații le-a efectuat pe răniții din război, uneori chiar pe cîmpul de luptă, după ce îi îmbăta zdravăn. Bolnavilor pe care îi opera în spital le făcea o „pregătire" preoperatorie specială: li se ofereau mîncărurile preferate, li se parfumau camerele, li se dădea să miroase flori de nufăr macerate în oțet sau apă de trandafir. Uneori invita cîntăreți și trubaduri să le cînte, ba chiar beți din împrejurimi, pe care îi îmbăta și îi punea să dea spectacole amuzante în fața bolnavilor. „Buna dispoziție și veselia vindecă mult mai repede", spunea Ambroise Paré.

– În anul 1666, medicul lui Ludovic al XIV-lea, Jean Baptiste, injectează sînge de vițel unui tînăr de 16 ani, care a murit imediat. Aceasta este prima transfuzie de sînge efectuată în Franța. După alte astfel de transfuzii nereușite, ele sînt interzise de Facultatea de Medicină și de biserică. În Anglia, tot în același an, R. Lower realizează o transfuzie de sînge de la cîine la cîine, iar în anul următor, în colaborare cu E. King, o transfuzie la om.

– În anul 1727, pastorul englez Stephen Hales, în orele sale libere botanist amator, încearcă să măsoare ascensiunea sevei în plante și chiar presiunea sîngelui în artere și vene. Mult mai tîrziu, în anul 1889, renumitul cardiolog francez Potain inventează aparatul de măsurat tensiunea arterială, compus

dintr-un manometru cu aer. În anul 1780, medicul și botanistul englez William Withering cunoaște o bătrînă țărancă din satul Sropshire (Anglia), care vindecă boli de inimă cu un ceai făcut din mai multe plante. Dorind să afle planta cu cele mai puternice efecte, Withering le studiază separat, pe fiecare, și astfel descoperă una din speciile Digitalis, pe care o folosește cu succes în tratamentul hidropiziei (edeme generalizate). Așa s-a născut digitala, pîinea cea de toate zilele a bolnavilor de inimă.

– Începînd din anul 1780, luna iulie, 27, lefurile doctorului, gerahului și spițerului de la Craiova se plătesc din Fondurile Școlilor și ale Cutiei milostiveniei.

– În anul 1844, 15 februarie, se editează la Iași, sub redacția lui C. Vârnav, gazeta „Povățuitorul sănătății și al economiei", primul periodic românesc pentru educație sanitară.

– În anul 1852, chirurgul belgian Antoine Nathysen, căutînd ceva pentru a imobiliza un membru fracturat, folosește pentru prima dată, în acest scop, gipsul.

Dr. Sabin Ivan

GÎNDURI DESPRE MEDICINA VIITORULUI

Societatea umană, odată ajunsă la actualul nivel de civilizație, are datoria de a face, din cînd în cînd, un bilanț asupra stadiului dezvoltării tuturor factorilor dinamizatori — știința, tehnica, cultura — și de a-i acorda și armoniza, pe cît posibil.

Dacă ipotetic am considera că momentul bilanțului a sosit, aprecierile noastre — ale oamenilor celui de-al 9-lea deceniu al secolului XX — ar fi elogioase, în general, cu plusuri sau minusuri pentru unele dintre domeniile vieții sociale. Astfel, științele au favorizat dezvoltarea unei tehnici de vîrf, ajunsă în stadiul aproape incredibil de dezvoltare, mărturie elocventă fiind microelectronica în general și computerul în special, generatorii nucleari, rachetele cosmice etc. În comparație cu acestea, științele medicale, deși au progresat continuu, nu se situează la nivelul lor, iar unele din realizările spectaculare înregistrate, în special în ultimii 20 de ani, se datoresc tot aplicării tehnicii moderne în cercetarea biologică și în practica medicală curentă.

Medicina, ca știință, are menirea de a indica cele mai simple și sigure căi și soluții pentru păstrarea sau pentru redarea sănătății fizice și psihice membrilor societății.

Trecutul medicinii, eroic și plin de sacrificii din partea celor ce s-au dedicat ca slujitori ai ei, are un prezent demn de admirație și un viitor — posibil — strălucit, folosind și aplicînd din plin toate marile cuceriri ale științei și tehnicii universale.

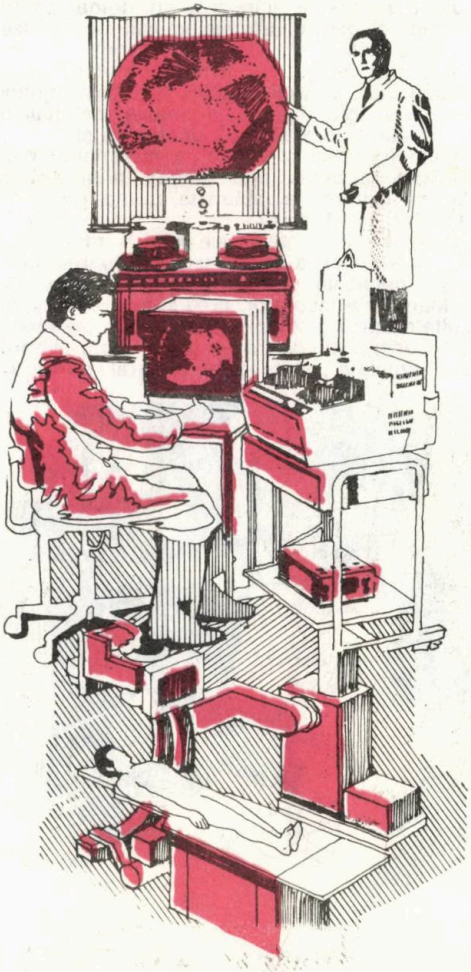
În rîndurile ce urmează încercăm o scrutare a viitorului medicinii universale, pornind de la stadiul ei actual de dezvoltare și ajungînd la marile deziderate ale Organizației Mondiale a Sănătății, care cu siguranță vor putea fi traduse în viață.

După ce timp de milenii medicina a fost dependentă de o serie de practici terapeutice tradiționale și după ce de cîteva secole încoace ea s-a modernizat continuu, prin adoptarea de numeroase și foarte variate procedee terapeutice — medicamentoase, balneoterapice, electroterapice și noi tehnici chirurgicale — s-a ajuns ca astăzi, către sfîrșitul secolului XX, să asistăm la progrese mari înregistrate în toate domeniile medicale.

Saltul calitativ imens înregistrat astăzi se datorește, pe de o parte progresului în gîndirea medicală și lărgirii orizontului de cunoștințe al tuturor slujitorilor lui Esculap, iar pe de alta, dezvoltării impetuoase a tehnicii, și în special a tehnicii de vîrf — electronica, fizica nucleara, chimia de sinteză — ale cărei cuceriri au trecut de mult pragul aplicabilității în medicina umană.

Actualul proces de modernizare a medicinii a determinat perfecționarea mijloacelor tehnice de cercetare medicală, s-a diversificat aparatura utilizată în diverse investigații paraclinice, precum și cea utilizată în scop terapeutic; așa s-au creat complicate aparate de investigație (tomograf computerizat, ultrasonograf, scintigraf), precum și de tratament (aparatură cu laseri, cu ultrasunete, cu izotopi radioactivi etc.).

Cu toate progresele medicale realizate în tratamentul multor boli, prin utilizarea unui foarte bogat arsenal terapeutic — și ne gîndim la numeroasele antibiotice, chimioterapice, analgetice-antipiretice, antiaritmice etc. — există numeroase situații în care medicina se află în impas. Tentativa de a ieși dintr-un asemenea impas, care se încearcă astăzi, pare destul de logică și ea poate consta în sinteza unor noi medicamente eficiente acolo unde cele deja cunoscute și utilizate se dovedesc ineficiente, în tehnicizarea excesivă a metodelor de investigații paraclinice, în perfecționarea aparaturii utilizate în sălile de operații și a mașinilor electronice de calcul sau de informatică medicală, care să ușureze munca fizica — și mai ales psihică — a celor ce și-au dedicat viața alinării suferințelor semenilor.



O revoluție în gîndirea și în dezvoltarea științelor medicale a constituit-o realizarea și aplicarea în medicină, încă din anul 1944, a ordinatorului (denumit mai modern — computer), simbol al civilizației noastre ultratehnicizate, atît de larg folosit astăzi în aproape toate domeniile vieții sociale.

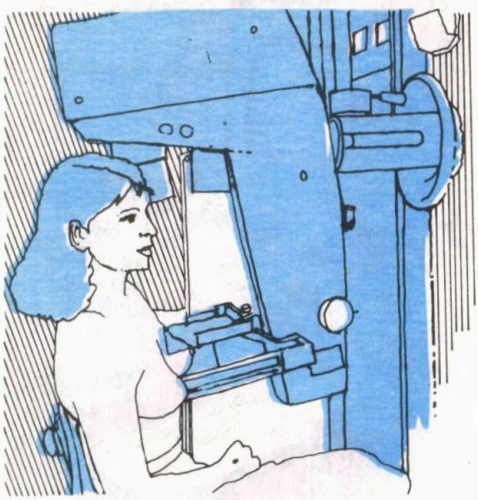
Fără ajutorul acestor aparate atît de complexe — în ultimii ani ele beneficiind și de „memorie" —, medicina nu ar fi putut să aprofundeze problematica atît de complexă pe care o ridică studiul vieții, al stării de sănătate sau de boală a organismului.

În medicină se descoperă mereu ceva nou și permanent se constată că o achiziție, considerată un anumit timp drept certă și importantă, s-a perimat. Se descoperă noi și noi produse medicamentoase, dar în multe cazuri aplicarea lor în terapeutică este efemeră, renunțîndu-se (din motive, bineînțeles, întemeiate) la ele încă înainte de a pătrunde în farmacii și de a fi puse la îndemîna bolnavilor.

Dar, orice progres medical constituie pentru medici un nou și bogat material informațional, care trebuie însușit și stocat în memorie, a cărei capacitate de cuprindere, cum este binecunoscut tuturor, nu este nelimitată. Or, în momentul de față medicul se consideră copleșit de bogăția informațiilor ce-i sosesc și pe care trebuie să le studieze. „Bombardamentul" informațional caracteristic epocii noastre constituie o problemă spinoasă, nu numai pentru medici, ci pentru toți intelectualii care-și desfășoară activitatea în cele mai diferite domenii de muncă. Și în acest sens, ordinatorul poate aduce mari servicii practicii medicale, ajutînd la trierea informațiilor, la sinteza materialelor publicate, la ordonarea cronologică și pe probleme (cunoscuta „fișare" a materialelor publicate), la depozitarea datelor și la redarea lor, cu ușurință și rapiditate, atunci cînd este necesar acest lucru.

Ordinatorul poate aduce servicii imense medicinii și în ceea ce privește efectuarea analizelor medicale și a explorărilor funcționale.

Munca de laborator, grea și adeseori cu rezultate aproximative — coeficientul de eroare fiind uneori important — va fi în viitorul apropiat preluată, poate chiar integral, de aceste mijloace tehnice moderne, beneficiul medicinii fiind cu atît mai mare, cu cît se știe astăzi că volumul investigațiilor de laborator crește de la an la an, ajungînd să se dubleze la 5 ani. De aceea, de un real folos vor fi analizatoarele automate, cuplate la ordinatoare complexe, în efectuarea și chiar interpretarea — dar sumară și orientativă — a rezultatelor obținute. Interpretarea definitivă a rezultatelor, corelarea cu datele clinice și stabilirea diagnosticului, pe cît mai exact posibil, este făcută însă tot de gîndirea umană, de neînlocuit pînă în prezent și cu certitudine nici în viitor, medicului revenindu-i sarcina de a se pronunța, în final, asupra stării bolii și bolnavului explorat.



Stabilirea diagnosticelor pe cale cibernetică, deși este posibilă, nu pare că va cuceri laurii medicinii, atîta timp cît creierul — acest „computer" natural, de nerealizat pe cale tehnică — nu va putea fi înlocuit cu „piese de schimb", create în laborator.

Dacă ordinatoarele ar reuși să înlocuiască în totalitate gîndirea medicului, practica medicală s-ar dezumaniza și s-ar mări considerabil distanța dintre sufletul lui și al bolnavului, frustrîndu-l pe cel din urmă exact de ceea ce are mai mare nevoie în momentele de grea cumpănă în care se află, fie atunci cînd este spitalizat, fie cînd este îngrijit ambulatoriu.

Cuvîntul — respectiv psihoterapia — constituie, alături de chirurgie și terapeutica medicamentoasă, al treilea element de bază de care dispune medicul și medicina, în general; în plus, este cel mai puțin costisitor dintre ele, ușor de realizat și de multe ori foarte eficient, capabil dacă nu să vindece, măcar să amelioreze suferințele bolnavului.

Viitorul medicinii nu poate fi conceput fără dezvoltarea „spiritului de echipă" și de „colaborare interdisciplinară", în interesul strict al bolnavului. Deoarece în medicina modernă se merge pe linia unei specializări mai limitate a medicului, este firesc ca el să nu fie atotștiutor în fața oricărei boli sau bolnav; mai mulți medici laolaltă pot aduce, în sprijinul cauzei bolnavului, un vast material informațional, la care se adaugă și experiența proprie, cunoștințe ce pot fi valorificate în cadrul unui consult colectiv, al cărui beneficiar principal este însuși bolnavul.

Dacă uneori medicina se află în impas în fața suferinței umane — așa cum este parțial cazul în fața „bolii secolului", boala canceroasă — nimeni și nimic nu trebuie lăsat deoparte, trebuie mers cu toate forțele medicale și tehnice în aprofundarea cercetării fundamentale în cancerogeneză și consecutiv — sau chiar concomitent — și la tratarea ei.

Progresele realizate pînă în prezent în lupta împotriva acestui „flagel al secolului" sînt încurajatoare și avem convingerea că, prin pași mici, se va ajunge la succesul definitiv.

Introducerea marilor cuceriri ale tehnicii în medicină este capabilă să determine progrese uriașe, de neconceput altădată, realizabile astăzi și, într-o măsură și mai mare, în viitorul apropiat. Dezvoltarea impetuoasă a științei și tehnologiei în secolul XX — secolul vitezei — nu ne mai dă dreptul să vorbim despre viitor decît ca despre „viitorul apropiat".

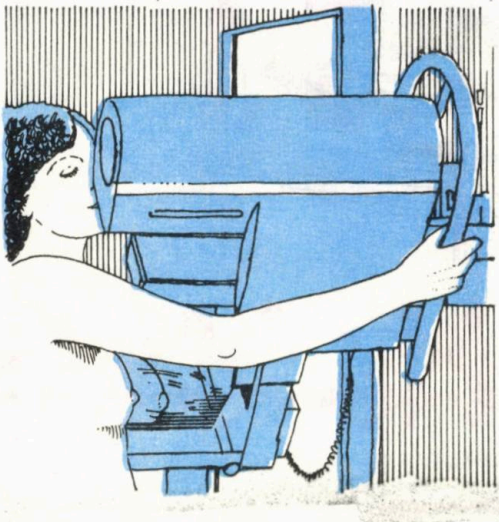
Înlocuirea (transplantul) unor organe umane compromise prin boală, cu altele obținute de la om sau chiar de la animale, a devenit o realitate și, cu certitudine, pe măsură ce enigmele „fenomenului de respingere a grefei" vor fi mai bine cunoscute și găsite căile prin care să poată fi împiedicat, a îmbunătățirii tehnicilor chirurgicale, a aparaturii chirurgicale și a celei de anestezie-reanimare, progresele pe care le așteptăm vor fi cu siguranță posibile. Vor fi cu prioritate abordate noi soluții de „transplant" în cazul unor organe, care cu cîțiva ani în urmă păreau fără șanse de reușită; vor fi cercetate în continuare chiar și acele organe, țesuturi sau sisteme în care premisele reușitelor sînt minime (creierul, globul ocular).

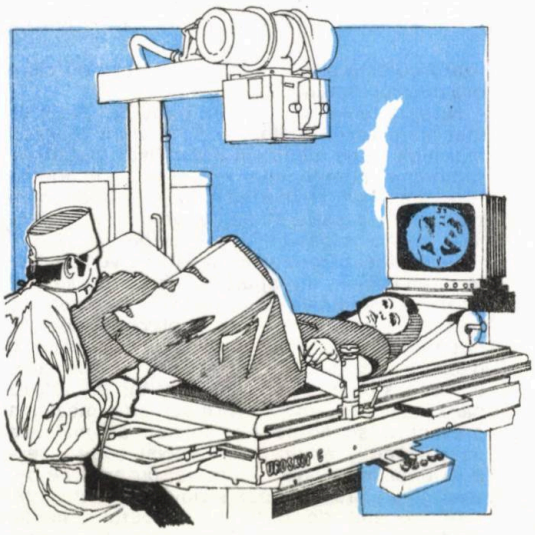
Acolo unde „piesele de schimb" naturale nu pot rezolva nevoi medicale atît de variate, intervine tehnica, prin crearea „pieselor de schimb artificiale", menite să înlocuiască, cu același succes, funcțiile unor organe naturale ale corpului uman. Dispozitive electrice, electronice și noi materiale de sinteză vor putea asigura succesul celor mai diverse „proteze artificiale", care vor contribui la redarea capacității fizice și chiar și psihice a semenilor noștri, aflați în suferință și pentru a căror vindecare nici un sacrificiu uman sau material nu este de prisos.

Viitorul va aduce cu siguranță mari succese într-o problemă ce părea pînă de curînd de nerezolvat, și anume combaterea infertilității feminine. Diversele reușite de pînă acum, în privința creșterii embrionilor umani în eprubetă, a însămînțărilor artificiale sau a implantării embrionului în uterul viitoarei mame sînt pași importanți spre rezolvarea definitivă a doleanței firești de a deveni mame, a femeilor infertile prin defecte înnăscute sau prin boală.

Așa-numita „inginerie genetică" promite să rezolve unele dintre problemele medicale datorate unor imperfecțiuni cromozomiale sau unor aberații genetice, prin intervenții de foarte mare finețe (efectuate sub microscop), de corectare a acestora.

Aberațiile genetice — și mai ales prevenirea lor — preocupă în mare măsură lumea medicală, deoarece prin frecvența cu care apar constituie o importantă problemă de sănătate





publică. Se estimează că 2 din 100 de copii vin pe lume cu o tulburare ereditară determinată de o mutație genetică.

După descoperirea acizilor nucleici — substratul molecular al informației ereditare — ingineria genetică intră în deplinătatea funcțiilor sale.

Aprofundarea cunoștințelor de genetică va putea rezolva multe din problemele spinoase ale medicinii, și în special:

— dezvăluirea misterelor transmiterii ereditare a bolilor;

— îmbunătățirea zestrei biologice moștenite prin transferarea (clonarea) unor gene sau prin utilizarea enzimelor de restricție;

— găsirea unor noi metode de diagnostic prenatal al tulburărilor genetice, cu defect cunoscut sau necunoscut;

— realizarea unor transferări de gene umane la unele specii de microbi, gene care se vor multiplica în celula gazdă și-i vor induce acesteia capacitatea de a sintetiza unele substanțe active biologic (cu rol de medicament) în cantități mari și la prețuri de cost foarte reduse, cum este cazul ovalbuminei, somatostatinei, prolactinei etc. Un singur exemplu este elocvent, și anume intervenția asupra unei gene din structura unui germen microbian — *Escherichia colli* — care devine astfel capabil să sintetizeze insulină (foarte asemănătoare celei umane), care are o mare importanță în terapia diabetului.

Cercetări susținute se fac și în scopul creării de noi medicamente, fie extrase din plante, fie obținute prin sinteză chimică, cu efecte superioare celor existente și cît mai inofensive pentru organismul bolnavului.

Medicamentele viitorului trebuie să acționeze prin atacarea cauzelor înseși ale diverselor îmbolnăviri și mai puțin prin corectarea consecințelor ce decurg din agresiunea factorilor patologici asupra unor organe sau funcții ale corpului omenesc.

În administrarea medicamentelor ce se vor produce în viitor va trebui să se țină seama și de particularitățile genetice ale bolnavului, de bioritmurile sale și de posibilitățile de metabo-

lizare corectă și completă a acestora de către organismul uman.

Nu fără temei științific se pune din ce în ce mai mare accent astăzi — și în viitor poate și mai mult — pe medicina naturalistă, bazată pe fitoterapie, homeopatie, pe preso- și acupunctură, mijloace tradiționale, dovedite de mult timp pe de o parte eficiente, pe de alta inofensive pentru organismul bolnavului.

Deși pare surprinzător la prima vedere, viitorul medicinii nu aparține laturii curative a asistenței medicale, ci profilaxiei, așa cum de fapt sugerează și un vechi precept medical, după care „este mai ușor să previi o boală, decît să o vindeci". Dacă medicina curativă se adresează unui grup relativ restrîns de indivizi care prezintă o îmbolnăvire sau alta, medicina preventivă se adresează sutelor de milioane de oameni — adulți și în special copii — expuși unor îmbolnăviri în masă, cu evoluție severă și un procent foarte ridicat de letalitate.

Au devenit de domeniul trecutului marile epidemii de boli infecțioase care au secerat mii, zeci de mii și chiar milioane de vieți omenești. Nu s-au mai descris de ani de zile — de fapt din momentul în care vaccinările s-au generalizat în rîndul populațiilor cu risc crescut de îmbolnăvire prin contagiune — epidemii de variolă, tifos exantematic, febră tifoidă, holeră, poliomielită, rujeolă etc.

Prezentul a adus o realizare excepțională, aflată pe cale de generalizare în întreaga lume, și anume vaccinarea antihepatică epidemică; viitorul va aduce cu siguranță noi și noi realizări de importanță excepțională în prevenirea și combaterea epidemiilor, care continuă încă să facă victime în lume, în special în rîndul țărilor care de-abia păsesc pe calea dezvoltării socio-economice.

Medicina preventivă tinteşte însă și mai departe, nu numai la împiedicarea apariției unor epidemii cauzate de agenți microbieni sau virotici; ea vizează și ameliorarea condițiilor de viață și de muncă ale indivizilor societății, de combatere a poluării atmosferice și sonore a mediului, precum și combaterea „stresului", din ce în ce mai accentuat, la care este supus omul în condițiile vieții moderne, civilizate.

Vorbind la modul mai general, obiectivele majore ale activității medicale — în viitorul apropiat sau mai îndepărtat —, în vederea menținerii stării de sănătate a omului, se pot sintetiza în cîteva rînduri, astfel:

— prelungirea vieții active a omului;

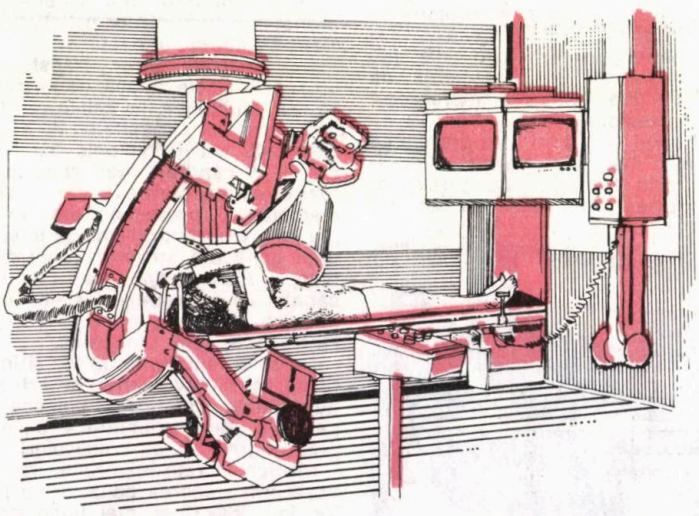
— menținerea stării de sănătate mintală și împiedicarea efectelor negative ale stresului asupra capacității psihice a membrilor societății umane;

— împiedicarea sau/și combaterea bolilor degenerative, a celor cardiovasculare și a bolii canceroase;

— prevenirea și combaterea bolilor produse de virusuri, prin mijloace terapeutice complexe.

În afara progreselor medicale realizate și a celor pe care le întrevedem (sau pe care poate că le dorim în mod deosebit), viitorul ne poate aduce și altele, imprevizibile astăzi, și care poate vor reuși să rezolve marile probleme ale medicinii, rămase nerezolvate pînă în prezent

DR. OCTAVIAN POPESCU
Doctor în științe medicale
Spitalul de copii „Caraiman"



O RAMURĂ NOUĂ A MEDICINII

meteoro medicina

Deşi considerată ca ramură recentă a medicinii, meteoromedicina este cunoscută încă din antichitate. În scrierile sale Hipocrate arată că factorii de loc şi de timp acţionează permanent asupra omului, determinînd sau agravînd diferite boli. De fapt, meteoromedicina este acea ramură a medicinii care studiază acţiunea factorilor meteorologici asupra omului.

Totalitatea factorilor meteorologici (temperatura, umiditatea, mişcarea aerului, presiunea atmosferică, ionizarea, electricitatea etc.) determină sau formează ceea ce în vorbirea noastră comună denumim „vreme". Diversele tipuri de vreme îşi pun amprenta în mod evident asupra noastră. Că este aşa, se poate dovedi chiar din caracterizarea vremii pe care o denumim frumoasă, plăcută, veselă sau, din contră, urîtă, închisă, apăsătoare, neplăcută. Desigur că vremea acţionează asupra tuturor persoanelor, atît asupra celor sănătoase, cît şi — mai ales — asupra celor suferinde. Astfel, sub influenţa vremii pot apărea la persoane sănătoase diferite stări de instabilitate, agitaţie, insomnie sau, din contră, de indiferenţă, plictiseală, adinamie. Randamentul muncii, mai ales a celei intelectuale, poate fi influenţat de stările vremii. Înseşi rezultatele unor examene sau concursuri pot fi determinate de starea vremii. Efecte asemănătoare s-au putut constata şi la sportivi, la care performanţele cunoscute nu pot fi realizate în anumite situaţii meteorologice6

Toate aceste constatări au condus la efectuarea unor studii de meteorofiziologie sau de modificare a funcţiilor organismului nostru sub influenţa factorilor meteorologici. Cîteva exemple în acest sens pot fi edificatoare: reţenţia de apă în organism, care scade cînd presiunea atmosferică creşte şi, bineînţeles, invers; coagularea sîngelui, numărul de globule albe, cantitatea de hemoglobină, de iod sau de calciu din sînge sînt influenţate de schimbarea factorilor meteorologici.

Dar, adevăratele influenţe ale factorilor meteorologici se produc mai ales asupra unor anumite persoane care sînt mai sensibile şi care poartă chiar denumirea de *persoane meteorosensibile* sau *meteorolabile*. În cadrul acestor persoane, cei mai sensibili sînt consideraţi a fi bolnavi, mai ales de anumite afecţiuni, denumite *meteorodependente* sau *meteorotrope*. Între aceste boli un loc important îl ocupă bolile infecţioase; se ştie astfel că bolile infecţioase respiratorii apar cu precădere în perioadele reci, pe cînd bolile digestive, cu precădere în perioadele calde; afecţiunile alergice — rinitele, astmul sau chiar unele alergii cutanate — apar cu precădere în anumite perioade ale anului, legate de prezenţa în atmosferă a unor factori sensibilizanţi, ca polenul, praful organic, unii fungi etc. Bolile articulare, reumatismul, artrozele, spondilozele prezintă fenomene dureroase, uneori chiar foarte puternice, pînă la imobilizare, în anumite momente de schimbare a factorilor meteorologici. Tot aici putem încadra şi durerile, cicatricele sau bonturile postoperatorii.

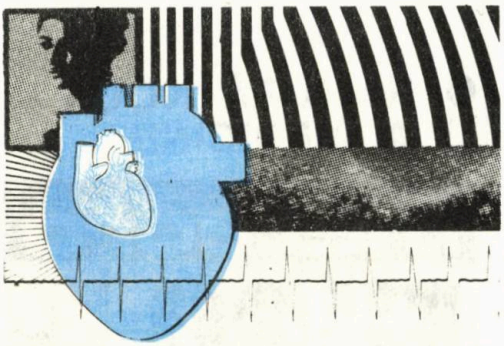
O grupă bine cunoscută în acest sens o formează bolile cardiovasculare şi, în mod deosebit, accidentele vasculocerebrale, care se produc cu precădere la schimbarea vremii. Creşterea bruscă a tensiunii arteriale, ca şi infarctul de miocard şi durerile anginoase sînt determinate sau influenţate de schimbarea factorilor meteorologici.

În fine, unele boli neuropsihice au o componentă meteorotropă foarte evidentă. Este vorba de crizele de epilepsie, care se produc cu precădere la schimbarea vremii, sau cele din schizofrenie, oligofrenie şi altele, care exacerbează la modificări ale factorilor meteorologici. Şi numărul bolilor meteorotrope poate fi extins, încadrînd aici, spre exemplu, şi ulcerul, în care crizele dureroase apar mai ales primavara şi toamna, cînd vremea este mai schimbătoare etc.

Desigur, în decursul timpului s-au căutat o serie de explicații ale acțiunii factorilor meteorologici asupra organismului uman și, în primul rînd, asupra persoanelor meteorosensibile. Cercetările efectuate, pînă nu demult, nu au putut ajunge la un rezultat corespunzător, datorită faptului că diverși cercetători au efectuat studii privind relația dintre unul sau altul din factorii meteorologici și niciodată asupra ansamblului de factori, luați la un loc. Din acest motiv și rezultatele obținute de ei nu au fost totdeauna concludente.

În ultimul timp, pornindu-se de la ideea că organismul uman reacționează totdeauna ca un tot, s-a presupus că și factorii meteorologici sau vremea acționează la fel ca un tot, și nu prin părțile lor componente. S-a propus astfel să se caracterizeze vremea prin ansamblul factorilor care o compun, și anume, în linii mari, în *vreme caldă* și *vreme rece*. De fapt este vorba de mase de aer care au aceleași caracteristici meteorologice de origine tropicală (cele calde) și polară (cele reci). Aceste mase de aer circulă, se deplasează în atmosferă. Locul unde o masă de aer cu anumite caractere se întîlnește cu alta, cu caractere diferite, apar fenomene turbulente, iar zona de interpătrundere se numește *front atmosferic*.

Astăzi se știe precis că organismul uman are capacitatea de a se adapta la diferite mase de aer, ale căror caracteristici sînt comunicate creierului prin receptorii noștri externi cutanați și interni pulmonari. Primind informațiile, creierul declanșează fenomenele de adaptare, mai ales prin intermediul sistemului nervos vegetativ și endocrin. Persoanele care se adaptează normal nu sînt influențate de schimbările de vreme, dar cele care nu se pot adapta, reacționînd fie prea rapid, fie prea încet, prezintă fenomene de meteorosensibilitate. Bineînțeles că bolnavii cu anumite afecțiuni arătate mai sus, dar și cu altele, sînt cei mai meteorosensibili.



De asemenea, meteorosensibile pot fi însă și unele persoane sănătoase.

Cunoașterea acestor date nu are numai o importanță pur teoretică, ci mai ales una practică. A apărut astfel meteoroprofilaxia sau posibilitatea de a înlătura sau diminua influența nocivă a schimbărilor de vreme. În acest sens, cîteva exemple pot fi edificatoare. Astfel, se pot da persoanelor meteorosensibile — și mai ales bolnavilor — anumite indicații privind utilizarea unor medicamente, a unor regimuri alimentare, de evitarea unor activități etc.

Se cunosc chiar indicații pentru medici în ceea ce privește efectuarea unor intervenții chirurgicale, ca amigdalectomiile, care sînt cunoscute ca fiind foarte sîngerînde, și altele. Desigur că toate acestea pot avea efecte salutare pentru evitarea unor tulburări, neplăceri sau chiar accidente grave. Ceea ce însă trebuie subliniat în final este faptul că meteoromedicina este încă la început, de aceea recomandările trebuie făcute cu mare prudență, pentru a nu compromite, încă din fașă, o ramură a medicinii care ar putea fi de mare importanță în asigurarea sănătății noastre, a tuturor.

Prof. dr. **SERGIU MĂNESCU**
INSTITUTUL DE IGIENĂ
ȘI SĂNĂTATE PUBLICĂ, BUCUREȘTI

Desene de NIC. NICOLAESCU

Fără cuvinte

BOLILE MELE

Nu știu cum și ce să fac,
Cu doctorii să mă împac.
Eu aș vrea să le spun multe,
Ei nu vor să mă asculte.
Eu le spun că sufăr tare,
Ei mă trimit la plimbare!

Și-s bolnavă, nu e glumă,
Bănuiesc că am chiar ciumă,
După cum constat mereu
Că fug toți din jurul meu!
Cînd încep să povestesc,
Toți din juru-mi se topesc,
De rămîn chiar izolată
Într-o sală-aglomerată.

Da-s bolnavă foarte tare,
Din cap pînă la picioare.
Viața, mi-o duc cu tablete,
Ele-mi țin de soț și sete,
Cu ele mă culc și-adorm,
Cu ele mă scol din somn.
Bolile, pe rînd, mi-apar,
Precum timpu-n calendar.

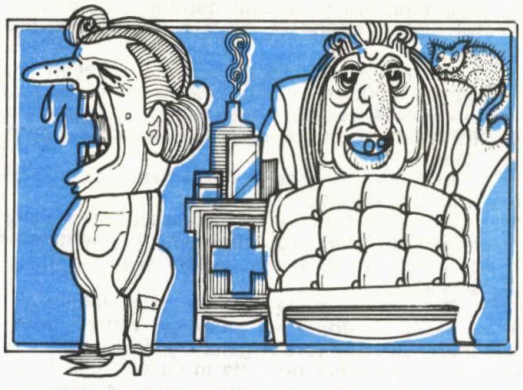
Primăvara timpurie
Îmi aduce astenie.
Vara, dacă-i călduroasă,
Nici nu pot ieși din casă.
Dacă e vreme ploioasă,
Pietre inima-mi apasă,
Iar dacă-i zăduf și praf
Simt furnicături în nas!

Doresc toamna cu ardoare,
Ca să scap de praf și soare,
Cu plăcere să mai gust
Din dulceața ei de must.
Dar și-atuncea-i o problemă:
Alte boli apar în schemă!
Frunza dacă ruginește
Corpu-ntreg îmi amorțește!
Dacă-s funigei pe cîmpuri
Simt în oase numai junghiuri!
Iar bruma de-i argintată
Sînt de-a-ntregu-anchilozată!

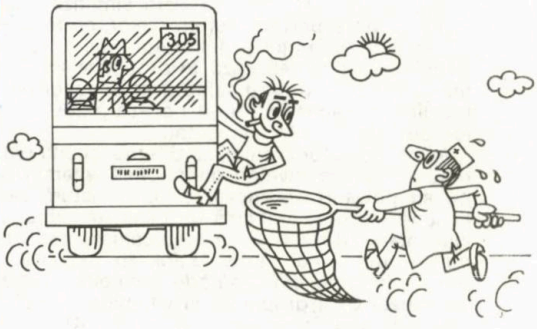
După toamnă, iarna vine,
Dar e vai și-amar de mine!
Că mă prinde iar urîtul
Și simt cum mă doare gîtul
La apel prezente-s gripa,
Sinuzita și otita!
Și, dacă-s și ierni mai grele,
Mă dor dinți, mă dor măsele!
Tusea e la ea acasă,
Nici o clipă nu mă lasă,
Ea tușește temerară,
Pîn-la noua primăvară,
Cînd așa, precum se știe,
Încep iar cu astenie!

Sofia Alexandru

După cum vedeți prea bine
Multe boli se țin de mine!
Le-am cules din studenție
Citind o patologie,
Și de-atunci nu pot să scap
Mi-au intrat adînc în cap!
Orice-aș drege, ori ce-aș face
Ale mele sînt... și pace!
Deși pe la dispensar
Eu bat drumul în zadar,
M-am decis: ce-o fi să fie
Încerc și la... psihiatrie!



Desene de NIC. NICOLAESCU



Fără cuvinte

VITAMINELE

Mit și realitate

Deși boli ca *scorbutul* și *beri-beri* sînt cunoscute de peste patru milenii — fiind menționate în diferite papirusuri egiptene și chineze — legătura lor cu alimentația deficitară în anumite principii a fost făcută abia în urmă cu 2—3 secole. Este vorba de constatarea la marinari a unor manifestări clinice încadrabile în bolile beri-beri și scorbut, datorită alimentației unilaterale timp îndelungat, alimentație în care lipseau alimentele proaspete, verdețurile, zarzavaturile, fructele. Abia la începutul secolului nostru, un chimist polonez — Funk — a denumit aceste principii alimentare, a căror lipsă conduce la starea de boală, *vitamine* (amine vitale, denumire care se datorește faptului că primele vitamine identificate aveau structură chimică aminică). Plecîndu-se de la aceste date, au fost identificate vitaminele A, D, E, K, F, C și grupul vitaminelor B (B_1, B_2,B_6,B_{12}) și au fost recunoscute condițiile care conduc la lipsa lor din alimentație, tabloul clinic al fiecărei avitaminoze și modalitățile de prevenire și tratare a lor.

Definiția vitaminelor ca substanțe care se găsesc din abundență în regnul animal și vegetal, necesare numai în cantități mici în alimentație, care sînt indispensabile creșterii și dezvoltării organismului, precum și menținerii stării de sănătate, este cea mai cuprinzătoare și actuală, cu toate că a fost anunțată cu o jumătate de secol în urmă.

Vitaminele nu au rol energetic (nu aduc calorii) și nici plastic (nu aduc material pentru sinteza diferitelor structuri ale țesuturilor și organelor); ele participă, însă, la numeroase reacții biochimice intracelulare și extracelulare, care asigură creșterea, dezvoltarea și funcționarea normală a organismului. În absența lor, aceste reacții nu se mai produc și consecința pentru organism va fi oprirea creșterii și dezvoltării, precum și scăderea în greutate.

Unele vitamine sînt sintetizate în organismul animal (vitamina K de către flora microbiană intestinală, vitamina B_1 etc). În ceea ce privește vitamina C, aceasta este sintetizată de cea mai mare parte a viețuitoarelor, cu excepția omului, maimuței și delfinului. Dar nu toate vitaminele se sintetizează în organism în cantități suficiente pentru asigurarea nevoilor metabolice ale acestuia, fiind necesară aducerea lor din afară, prin alimentație.

Avînd structură chimică diferită și intervenind la diferite niveluri metabolice, vitaminele nu au putut fi clasificate după structură sau acțiune (cum se întîmplă cu celelalte principii alimentare sau substanțe medicamentoase), ci numai după solubilitate. Astfel, au fost împărțite în vitamine *hidrosolubile* (solubile în apă: vitaminele C și grupul B) și vitamine *liposolubile* (solubile în grăsimi: A, D, E, K).

Acțiunea vitaminelor a fost studiată mai ales prin modificările și manifestările clinice pe care le produce lipsa acestora din alimentația animalelor de experiență și a omului. Astfel, s-a dovedit că ele au unele acțiuni comune (asigurarea creșterii, dezvoltării și a stării de sănătate) și altele caracteristice fiecărei vitamine în parte.

Pentru o cît mai bună cunoaștere a rolului lor în organism și a condițiilor patologice care necesită administrare din afară, vom expune separat fiecare vitamină, cu particularitățile sale fiziologice, patologice și terapeutice.

Vitamina A

Se găsește răspîndită în natură, atît în regnul vegetal (unde se află sub formă de *caroten*, care este provitamina A), cît și în cel animal (ca vitamină A gata elaborată). Astfel, dintre cele mai bogate alimente în vitamina A sînt: morcovii (în special carotele), laptele, untul, untura de pește, peștele și ficatul de mamifere.

Nevoile zilnice ale organismului sînt în medie de 5 000 de unități internaționale (U.I.) de vitamină A (sau, altfel exprimat, 1,5 mg) pentru adulți și 60 de unități pe kilocorp pentru copii.

În sînge se găsesc valori medii de 100 de unități internaționale la 100 ml.

Pe lîngă funcțiile generale ale vitaminelor, vitamina A are rol important în menținerea troficității pielii și mucoaselor și în funcția vizuală.

Tulburări vizuale sînt de două feluri:

— *hemeralopia* — alterarea vederii în semiobscuritate (orbul găinilor), la lăsatul serii, în ciuda vederii normale în cursul zilei. În general, această tulburare apare primăvara și poate constitui singura manifestare clinică a deficienței vitaminei A;

— *xeroftalmia* — principala cauză de orbire în copilărie.

Tulburările trofice ale mucoasei și pielii (uscarea și descuamarea pielii și mucoaselor) se datoresc deshidratării mucoaselor (în special bucală și nazală) și scăderii funcției glandelor sudoripare, secretare de lichid sudoral.

Dat fiind larga sa răspîndire în natură, carențele vitaminei A se constată mai ales la copii și sugari alimentați cu lapte ecremat, babeurre și făinoase. Aceștia încetează să mai crească în greutate, ba chiar scad ponderal, atît datorită lipsei vitaminei ca atare, cît și proastei asimilări a grăsimilor.

În practică se constată cazuri de supradozare a vitaminei A, care se manifestă prin scăderea apetitului, uscăciunea pielii, mucoaselor și părului, modificări osoase.

Indicațiile vitaminei A sînt reprezentate de stările carențiale (la copii sau la adulți); în plus, se recomandă suplimentarea aportului de vitamină A la gravide, la femeile care alăptează și la copiii mici. O formă larg folosită în acest scop este untura de pește, care conține cantități mici de vitamine A și D.

Vitamina B_1 (tiamina)

Una dintre cele mai mult folosite în terapeutică, vitamina B_1 a fost recunoscută ca fiind responsabilă de producerea bolii *beri-beri*, încă de acum un secol.

Ea se găsește în regnul vegetal — mazăre, fasole, grăunțele cerealelor, drojdia de bere — și în cel animal — gălbenușul de ou, carnea de porc și de vacă, organe (rinichi, ficat).

Nevoile zilnice de vitamină B_1 sînt estimate la 1—3 mg la adult și la 0,3 mg pentru copii sau, altfel exprimat, 0,25—0,33 mg pentru 1 000 de calorii. Aceste date se referă la persoane sănătoase, a căror alimentație este echilibrată. În diferite condiții fiziologice (în timpul sarcinii, la femeile care alăptează), ca și în unele afecțiuni (diabet zaharat, hipertiroidie), necesarul vitaminic B_1 crește mult. În raport cu tipul alimentației, necesarul crește de la dieta bogată în lipide (în care nevoile se situează la valorile normale), ajungînd să fie de cîteva ori mai mare în cazul alimentației bogate în hidrați de carbon (paste făinoase, orez, pîine, dulciuri și, în special, cele rafinate).

Funcțiile fiziologice ale vitaminei B_1 sînt legate de intervenția sa în metabolismul hidraților de carbon, ea intrînd în compoziția unor enzime de importanță deosebită (decarboxilaze, transaminaze).

Ea își găsește indicația în cazurile de avitaminoză (boală numită *beri-beri*), la consumatorii cronici de alcool (alcoolul etilic necesitînd doze mari de vitamină B_1 pentru metabolizare), la bolnavii cu hipertiroidie, în convalescența bolilor infectocontagioase, în perioada de eforturi fizice intense și susținute, la gravide și la femeile care alăptează.

Contraindicații și efecte secundare nedorite nu există; merită semnalată posibilitatea apariției șocului tiaminic mortal după administrarea intravenoasă a vitaminei B_1, fapt care obligă la abandonarea acestei căi. În cazuri bine definite se poate folosi în perfuzie cu ser fiziologic, diluată în 250—500 ml.

Manifestări de supradozare vitaminică nu există, deoarece surplusul se elimină urinar sau prin scaun.

Vitamina B_2 (riboflavina, lactoflavina)

În regnul vegetal este întîlnită în mari cantități în caise, mere, castane, mazăre verde, fasole, salată verde, spanac, roșii, drojdie de bere și, în mai mică măsură, în morcovi și cartofi. În alimentele de origine animală este larg răspîndită în lapte, carne de orice fel și organe (inimă, creier, ficat, rinichi), ouă.

Nevoile organismului sînt apreciate la 3—4 mg pe zi. Alimentația bogată în proteine necesită cantități mari de vitamină B_2; inversul acestei situații — regimul alimentar sărac în proteine, administrat timp îndelungat — creează condiții de creștere a toxicității vitaminei B_2 chiar cînd se află în cantități normale. Sarcina, lactația, bolile cosumptive reclamă suplimentarea aportului de riboflavină.

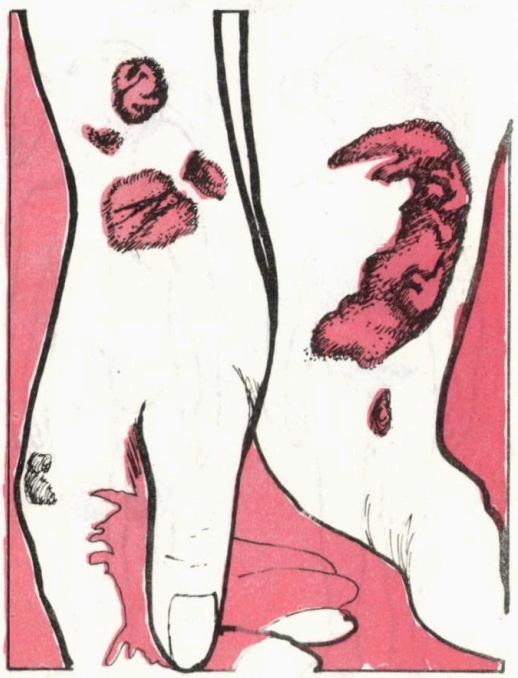
Prepararea culinară a alimentelor nu distruge vitamina B_2, ea fiind termostabilă; expunerea la lumină și păstrarea la frig a alimentelor respective conduce la pierderea, pînă la 50%, din conținutul vitaminic B_2.

Rolul fiziologic al vitaminei B_2 este corelat cu participarea sa la sinteza unor enzime (fermenți) care intervin în metabolismul aminoacizilor și hidraților de carbon. În plus, contribuie, alături de vitamina B_1, la formarea imaginii pe retină.

Hipovitaminoza B_2 se manifestă prin fisuri și ragade la comisurile buzelor (zăbăluță), limba este roșie, zmeurie, dureroasă în timpul masticației.

Unele boli (rectocolita ulcerohemoragică, de exemplu), ca și tratamentele cu antibiotice cu spectru larg, administrate pe gură (Tetraciclină, Cloramfenicol, Eritromicină) împiedică absorbția intestinală a vitaminei B_2, conducînd la hipovitaminoză.

Indicația tratamentului vitaminic o constituie stările carențiale care apar în condiții fiziologice (la persoanele care efectuează eforturi fizice susținute, la femeile gravide și la cele care alăptează) sau în cursul diferitelor boli infectocontagioase tratate cu antibiotice cu spectru larg.



Vitamina B_6 (piridoxina)

Se găsește în legume (uscate și crude), lapte, fructe, germeni de cereale.

Nevoile organismului se situează în jur de 2 mg pe zi.

Funcțiile fiziologice sînt importante, vitamina B_6 participînd la buna funcționare a celor trei metabolisme: proteic, lipidic și glucidic.

Carența vitaminică B_6 se întîlnește rar: la sugarii hrăniți cu lapte condensat (fără făinoase sau sucuri de fructe) și la bolnavii care urmează tratament prelungit cu Izoniazidă (Hidrazidă), în scop antituberculos. S-au descris cazuri de litiază urinară (calculoză) generate de lipsa de piridoxină.

Își găsește indicația în cazurile de carență vitaminică (la sugarii hrăniți unilateral, la bolnavii tratați cu Izoniazidă), la bolnavii cu anemie prin lipsă de fier (anemie feriprivă), precum și în vărsăturile de sarcină.

Este contraindicată la bolnavii cu boală Parkinson, care urmează tratament cu Levodopa, deoarece o inactivează pe aceasta din urmă.

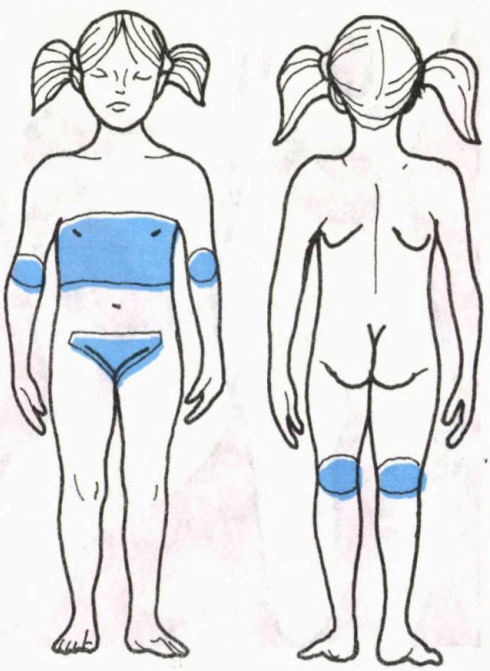
Vitamina B_{12} (ciancobalamina)

Se găsește în alimente de proveniență animală: carne, ficat, pește, ouă, lapte.

Nevoile zilnice sînt mici, de ordinul a 2 /µg (microgramul reprezintă a mia parte din miligram).

Rolul fiziologic al vitaminei B_{12} este legat de participarea sa la buna desfășurare a procesului de formare a hematiilor (globulele roșii ale sîngelui).

Vitamina B_{12} concură la buna funcționare a metabolismelor proteic și lipidic.



Indicațiile sale terapeutice sînt constituite de anemia Biermer (indicația absolută) și de anemia bolnavilor cu ulcer operat: la aceștia din urmă lipsa mucoasei gastrice face imposibilă absorbția vitaminei B_{12}, chiar dacă aportul alimentar este normal.

În practică se abuzează de administrarea de vitamină B_{12}, atît în privința indicațiilor, cît și a dozelor. Justificarea științifică are utilizarea sa în tratamentul anemiei Biermer și al anemiei care apare la bolnavii ulceroși, după 5-10 ani de la operația de rezecție gastrică. În rest, celelalte indicații sînt fie relative, fie neștiințifice. Mai mult chiar, în anemii este contraindicată administrarea de vitamină B_{12} înainte de elucidarea cauzei acesteia, deoarece modifică tabloul sanguin și pretează la confuzii diagnostice care pot fi, deseori, grave.

Vitamina PP (nicotinamida)

Se găsește în lapte, carne, cereale, în cantități suficiente pentru asigurarea nevoilor organismului, sub formă de provitamină (triptofan). În plus, există posibilitatea sintetizării în intestin a vitaminei, sub influența florei microbiene.

Vitamina PP are importante funcții biologice, ea intrînd în constituția unor enzime complexe, care asigură utilizarea metabolică a factorilor energetici; în absența acestei vitamine viața ar fi imposibilă.

Hipovitaminoza PP se manifestă prin tulburări cutanate (accentuate primăvara), tulburări digestive (diaree, durere abdominală, crampe abdominale) și tulburări neuropsihice (agitație psihomotorie), boala fiind cunoscută sub numele de *pelagră*. Existența acestei afecțiuni este legată de alimentația deficitară în alimente de origine animală, bazată exclusiv pe porumb și mălai (care nu conțin triptofan).

Nevoile zilnice sînt de aproximativ 20 mg la bărbat și 15 mg la femeie, asigurate de ingestia de lapte, carne și cereale, în cantități corespunzătoare unei alimentații raționale.

În terapeutică, vitamina PP se folosește pentru suprimarea manifestărilor clinice ale pelagrei; în urmă cu 10-15 ani a fost folosită în doze mari în scop antiaterosclerotic.

La scurt timp de la administrare bolnavii acuză, în general: înroșirea feței, ameteli, cefalee, senzația de căldură a feței datorită acțiunii vasodilatatoare a vitaminei PP în teritoriul feței, al circulației coronariene și cerebrale.

Vitamina C (acid ascorbic)

Foarte larg răspîndită în natură, fiind conținută în toate legumele și fructele proaspete, vitamina C își datorește denumirea de acid ascorbic faptului că scorbutul — avitaminoza C — se vindecă prin administrarea de acid ascorbic. Deoarece marea majoritate a mamiferelor își sintetizează vitamina C în organism, aceasta nu mai constituie pentru ele o vitamină.

Necesarul zilnic se situează la valori mult superioare față de celelalte vitamine: 75 mg la adulți, 100 mg la adolescenți și la gravide, 150 mg la femeile care alăptează, iar la copii 1,5-2 mg/kilocorp.

Funcțiile fiziologice ale vitaminei C sînt legate de participarea sa la sistemele oxidoreducătoare ale organismului. În plus, ea stimulează cicatrizarea rănilor, protejează organismul împotriva frigului, îmbunătățește randamentul fizic, crește rezistența la stres, favorizează absorbția fierului, stimulează sinteza matricei proteice a oaselor și dentinei.

La om, care este dependent de aportul alimentar de acid ascorbic, suprimarea vitaminei C din alimentație conduce la apariția scorbutului (avitaminoza C). Prin conservarea legumelor și fructelor și prin fierberea lor se pierde pînă la jumătate din conținutul în vitamina C. Cartofii și citricele (lămîile, portocalele, mandarinele, grefurile) mențin timp îndelungat vitamina sub formă activă.

Față de necesități, dozele de vitamina C, care se administrează ca medicament, sînt foarte mari și fără o justificare convingătoare.

Dat fiind instabilitatea acidului ascorbic, atît tabletele cît și fiolele trebuie ținute la loc întunecos, iar comprimatele să fie ferite de umezeală și de temperaturi excesive (într-un sens sau celălalt).

Vitamina D

Este curent întîlnită în natură, atît în regnul vegetal (soia, margarină), cît și în cel animal, în cantități mari în ficatul de ton și de morun, gălbenușul de ou și unt și în cantități mai reduse în organele tuturor animalelor (splină, plămîni, ficat, intestin, glande suprarenale, schelet).

Sînt cunoscute 10 tipuri de vitamina D, însă importante pentru organismul uman sînt numai două: vitaminele D_2 și D_3. Ele se găsesc în general sub formă de provitamine, care se transformă în vitamine active în urma iradierii cu raze ultraviolete, aspect care se realizează prin expunerea corpului la soare.

Nevoile organismului sînt mici, fiind asigurate de un regim normal de alimentație și viață (este vorba de persoane care se alimentează normal și care își desfășoară activitatea atît în spații închise, cît și la aer). La sugari și la femeile gravide, precum și la cele care alăptează, necesitățile zilnice variază între 400 și 800 U.I. Laptele de femeie conține circa 6 U.I. la 100 ml, iar laptele praf, 50-60 U.I. la 100 ml (pentru prepararea căruia s-au folosit 5-6 g praf de lapte).

Dat fiind cantitățile reduse de raze ultraviolete care acționează asupra organismului uman iarna, este necesară administrarea de vitamină D sub formă de preparate medicamentoase, în special la sugari.

Absorbția intestinală a vitaminei presupune buna funcționare a pancreasului și a secreției biliare; la bolnavii cu pancreatită cronică, la cei cu diskinezie biliară, calculoză biliară sau suferințe hepatice cronice cu perturbări ale secreției de bilă, absorbția va fi deficitară și, chiar în condițiile unei alimentații raționale acești bolnavi pot face manifestări de avitaminoză D.

Funcțiile fiziologice ale vitaminei D sînt corelate cu absorbția intestinală și utilizarea de către țesuturi a calciului și fosforului. Astfel, în prezența unor cantități normale de vitamina D, se absoarbe calciul și fosforul, fosforul organic este transformat în fosfor anorganic și depus în oase sub formă de fosfat de calciu. În lipsa vitaminei D scade calciul din sînge și, secundar, se mobilizează calciul din oase, ceea ce are ca urmare demineralizarea oaselor și rahitism la copii, osteoporoză și osteomalacie la adulți.

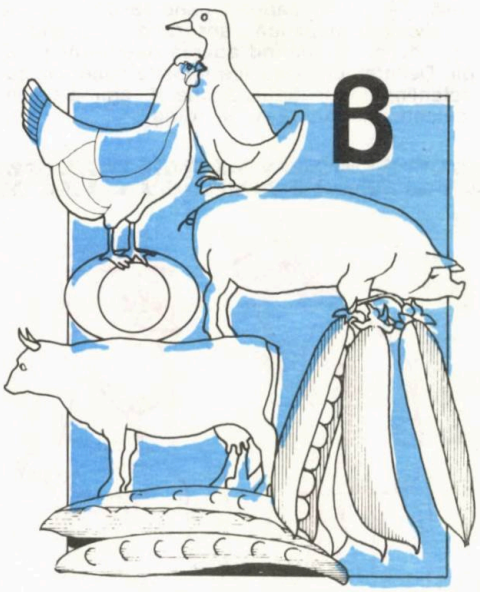
Indicațiile terapeutice ale vitaminei D sînt constituite de: rahitism, demineralizări osoase de diferite cauze, osteoporoză, osteomalacie.

S-a folosit, însă cu rezultate neconvingătoare, în boli ca poliartrita reumatoidă, psoriazisul, lupusul tuberculos.

În practică, trebuie avută în vedere posibilitatea supradozării terapeutice, hipervitaminoza D fiind caracterizată prin manifestări clinice și modificări bioumorale mai grave uneori decît cele datorite carenței vitaminice. Este vorba de inapetență, dureri de cap, greață, transpirații abundente, depuneri de calciu în majoritatea organelor, ajungîndu-se în final la insuficiență renală gravă.

În terapeutică se folosește vitamina D ca atare sau untura de pește, tortura multor generații de copii, pînă în urmă cu 3-4 decenii (datorită gustului dezagreabil, copiii refuzau s-o înghită și, de aici, neplăceri cu părinții etc.).

Date fiind riscurile la care poate expune tratamentul cu vitamina D, acesta este de competența exclusivă a medicului, care va aprecia oportunitatea instituirii tratamentului, doza zilnică, durata și numărul curelor terapeutice.



Vitamina E

Este larg răspîndită în natură, astfel încît, practic, nu există hipovitaminoză E la om.

Ea intervine în metabolismul grăsimilor (împiedică oxidarea lipidelor), dovedindu-se un agent antioxidant puternic.

La animalele de experiență hrănite cu alimente sărace sau lipsite de vitamina E s-au obținut hemoragii, distrofii musculare, scăderea capacității de fecundare și de gestație la animalele de sex feminin și atrofia testiculelor la masculi. Transpunerea acestor date la om și utilizarea în aceste stări patologice a vitaminei E a fost o exagerare.

Nevoile zilnice sînt de aproximativ 5 mg, cu puțin mai mari la persoanele care consumă cantități crescute de grăsimi.

Utilizarea de doze mari și timp îndelungat a condus la tulburări menstruale, involuția ovarelor la femei și scăderea sau chiar suprimarea capacității de fertilizare la bărbați.

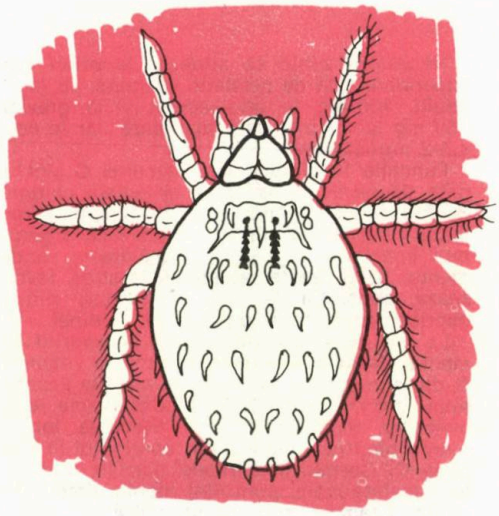
În stadiul actual al cunoștințelor, singura indicație terapeutică cu oarecare justificare științifică o reprezintă adenomul de prostată. Într-adevăr, administrarea timp de 6-12 luni a vitaminei E poate opri sau încetini evoluția adenomului prostatic.

Vitamina K

Este bogat reprezentată în regnul vegetal — vitamina K_1 (verdețurile, în general); în plus, este sintetizată la nivelul intestinului de către toate mamiferele (vitamina K_2).

Ea participă la sinteza protrombinei de către ficat, substanță chimică cu rol important în procesul de coagulare a sîngelui.

Pentru absorbția intestinală a vitaminei K din alimentele vegetale este necesară prezența bilei; la bolnavii cu icter mecanic, litiază biliară, cancer al capului pancreasului sau cu insuficiență hepatică, absorbția vitaminei K este deficitară, putînd apărea diferite hemoragii. Dealtfel, unele toxice folosite împotriva șobolanilor conțin antivitamine K, animalele intoxicate murind prin hemoragii.

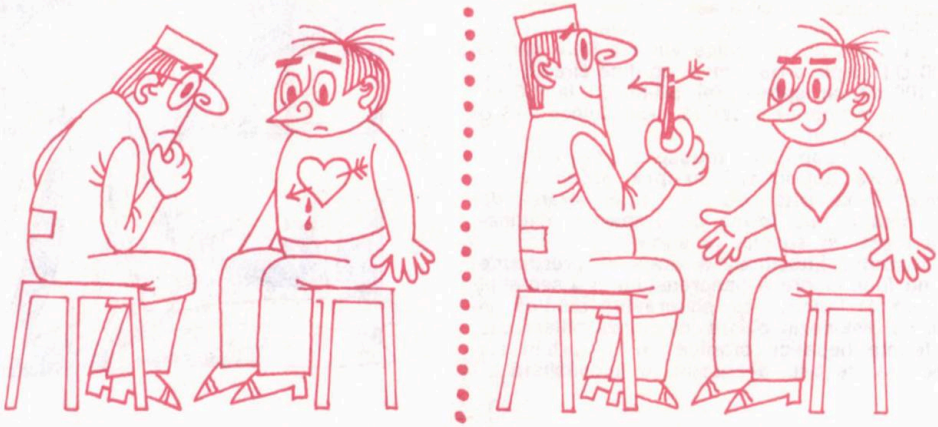


Ajunși la sfîrșitul expunerii, cînd cunoaștem datele esențiale privind funcțiile fiziologice și valoarea terapeutică a vitaminelor, putem trage concluzia că alimentația rațională asigură nevoile zilnice ale organismului. Administrarea din afară a vitaminelor este justificată numai în puține cazuri, restul fiind fără o argumentare științifică, crescînd în mod inutil — și uneori chiar dăunător — costul tratamentului.

De tratament vitaminic beneficiază numai bolnavii cu anemie pernicioasă Biermer (care în lipsa administrării vitaminei B_{12} era mortală), pelagră (vitamina PP), rahitismul la copii (vitamina D) și tulburările hemoragice induse de lipsa vitaminei K.

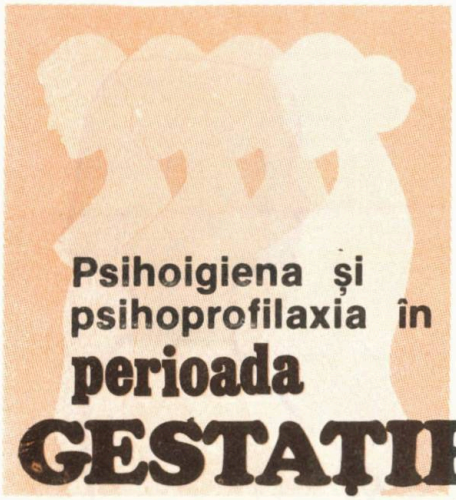
Folosirea de rutină a vitaminelor în diferite afecțiuni (fără argumentare științifică) poate declanșa suferințe cu mult mai mari și mai grave decît cele presupuse a fi datorite lipsei vitaminelor. De aceea, o temperare a excesului de vitaminoterapie este absolut necesară.

Conf. dr. Emil A. Popescu
I.M.F. — București



Fără cuvinte

Desene de NIC. NICOLAESCU



Psihoigiena și psihoprofilaxia în perioada GESTAȚIEI

ȘT. NICA-UDANGIU, doctor în științe medicale, medic primar (Institutul de Neurologie și Psihiatrie), LIDIA NICA-UDANGIU, doctor în științe medicale (Spitalul „Gh. Marinescu")

Starea în care se află femeia din momentul fecundării ovulului pînă la expulzarea (nașterea) fătului se numește „gestație", „sarcină" sau „graviditate". În această perioadă organismul feminin suferă o serie de transformări anatomice, biologice și fiziologice, care asigură condițiile necesare dezvoltării produsului de concepție. De asemenea, tot în acest interval survin o serie de modificări psihologice („adaptare psihologică"), generate atît de noua situație biologică, dar și de noile roluri viitoare ale *status*-ului maternității.

Deși la actul procreației participă ambele sexe, efortul biologic principal aparține femeii. Capacitatea de a procrea reprezintă un element important al psihologiei feminine. Vocația maternității este implicată în definirea feminității, iar absența posibilității genezice este trăită ca o puternică frustrare. Sarcina constituie nu numai expresia instinctului de reproducere (instinctul menținerii speciei și vieții), ci și o împlinire a trebuințelor psihologice și sociale. Aducerea pe lume a unei noi vieți reprezintă împlinirea menirii biologice și sociale a femeii. *Maternitatea este sensul dominant al existenței feminine.* Nașterea unui copil este o operă măreață, care nu echivalează nici chiar cu cele mai valoroase creații ale geniului uman, întrucît fără viață toate operele umane își pierd sensul. Descendenții ne prelungesc viața dincolo de hotarele existenței noastre. La scară cosmică, dăinuirea infinită nu este posibilă, dar la scara umanității insul „trăiește" după moarte prin faptele și actele sale. Sensul existenței constă în participarea la perpetuarea și la progresul vieții (inclusiv viața socială). La dezvoltarea umanității au participat și participă nu numai ființele excepționale, ci toți oamenii activi. Un loc important este ocupat de mamele anonime care nasc, educă și cresc copiii. Într-un frumos aforism, se amintește că *„femeia care refuză maternitatea e ca și cum s-ar sinucide; pentru ea viața nu va mai fi decît un suflet pustiu într-un trup mort".*

În cele 9 luni cît durează sarcina, modificările biologice diferă de la o etapă la alta. Din punct de vedere psihologic gestanta parcurge, de asemenea, mai multe etape adaptative. Așa-numita „criză psihologică a sarcinii" este, de obicei, o reacție normală, o modalitate de rezolvare a diferitelor conflicte. În prima etapă a gestației pot să apară *o serie de conflicte psihologice, ca o reacție la modificările fizice și fiziologice:* oprirea menstruației, creșterea de volum a sînilor, pigmentarea feței („masca de sarcină"), mărirea de volum a uterului, cîștigul ponderal etc. O informare științifică referitoare la evoluția modificărilor sarcinii evită apariția acestor conflicte. O femeie fără boli somatice ori psihice grave își consolidează starea de sănătate prin sarcină. Gestația maturizează aparatul de reproducere și determină modificări pozitive în funcțiile diferitelor sisteme (nervos, endocrin) și aparate (cardiovascular, respirator, digestiv). De asemenea, sarcina desăvîrșește frumusețea feminină. Numeroase vedete au adus pe lume copii, păstrîndu-și frumusețea si farmecul.

În unitma parte a gestației survin *stări conflictuale legate de noile responsabilități sociale impuse de statutul maternității.* Sănătatea copilului trebuie apărată și promovată încă din perioada intrauterină.

A treia categorie de *stări conflictuale sînt generate de teama unui risc în timpul evoluției sarcinii ori în timpul nașterii:* teama de o anomalie a fătului, de ereditatea patologică, de suferința fetală, de durere, de incapacitate fizică pentru travaliu, de moarte prin accident în timpul nașterii, de anestezie (teama că nu se va mai trezi din somnul prin narcoză), de sexul nedorit al copilului etc.

În timpul sarcinii se întîlnesc o serie de modificări psihologice de mică intensitate, care nu depășesc sfera normalității (făcînd parte tot din așa-numita *psihologie a gestantei).* Dintre aceste modificări amintim: hiperestezia senzitivo-senzorială, prin scăderea pragului sensibilității generale (manifestată adesea prin modificări ale gustului și mirosului, prin repulsie și greață la diferite mirosuri etc.), apetit capricios (tendința de foame pentru anumite alimente, „pofte" ale gravidei), scăderea pragului de toleranță la frustrație, care duce la stări de iritabilitate, instabilitate, irascibilitate, reacții disproporționate; scăderea capacității frenatorii în sfera afectivității cu labilitate afectivă, stări de plîns și alte izbucniri afective; tulburări ale activității cu scăderea controlului, care duc uneori la impulsiuni cleptomanice; modificări minore în sfera cognitivă exprimate prin oarecare lentoare ideativă, hipoprosexie, hipomnezie.

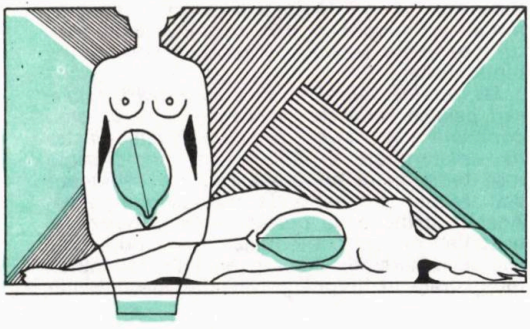
Majoritatea femeilor traversează fără tulburări psihice seria de evenimente din secvența concepție - gestație - naștere - lăuzie - lactație - maternitate. O parte din gravide prezintă însă tulburări psihopatologice care debutează sau reapar în perioada gravido-puerperală. Aceste „psihoze de gestație" sau „nevroze de gestație" nu sînt determinate de modificările specifice sarcinii. Fiecare entitate psihiatrică înregistrată în timpul gravidității este determi-

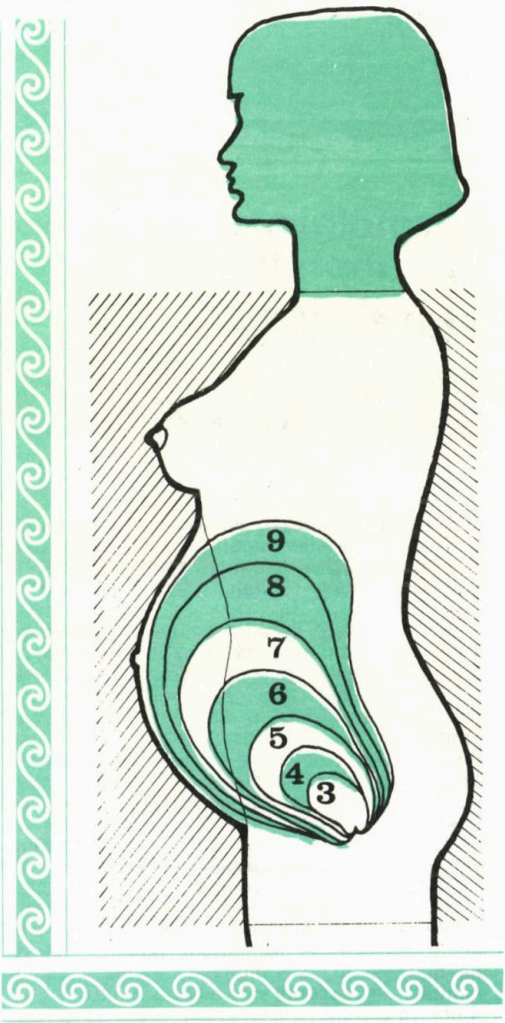
nată de acei factori cauzali care intervin şi în afara maternităţii (încît mai adecvată este denumirea de „nevroză" ori „psihoză asociată cu gestaţia"). Aceste boli psihice care debutează ori reapar în perioada graviditătii prezintă totuşi o serie de particularităţi clinice, imprimate de stresul biologic (aşa-numita „baie hormonală", care modifică toate metabolismele) şi stresul psihosociologic al gestaţiei.

Tulburările psihice de intensitate psihotică (psihoze gravidice) au scăzut după cel de al doilea război mondial, însă a crescut incidenţa manifestărilor nevrotice („nevroze de gestaţie"). Psihozele de gestaţie erau în majoritatea cazurilor expresia psihică a disgraviditilor tardive (crize eclamptice), produse prin edem cerebral la gravidele care aveau un sindrom vasculorenal (cu edeme, hipertensiune arterială şi proteinurie). Aceste tulburări sînt din ce în ce mai rare, datorită supravegherii gravidelor prin consultaţii prenatale. Nu se mai întîlnesc astăzi nici psihozele de tip Korsakov, produse prin carenţă de vitamine (sindroame amnestice gravidice). Psihozele endogene (schizofrenie, psihoze afective) apar rar în timpul sarcinii. Psihozele afective sînt mai frecvente decît psihozele schizofrene. În prima jumătate a gestaţiei izbucnesc de obicei tulburările maniacale, iar fazele melancolice survin în cea de a doua jumătate a graviditătii. Frecvenţa redusă a psihozelor endogene în cursul sarcinii ar pleda pentru ipoteza rolului protector antipsihotic al modificărilor metabolice ale gestaţiei (naşterea şi perioada *postpartum*-ului precoce favorizează însă declanşarea proceselor psihotice). Psihozele gravidice apar mai frecvent la multipare, în timp ce psihozele *postpartum* au o prevalenţă mai crescută la primipare.

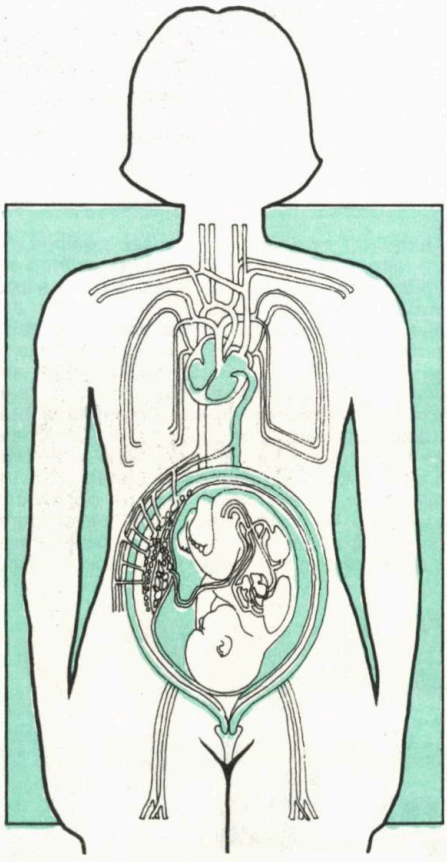
Nevrozele sînt mult mai frecvente decît psihozele, atît la gravide, cît şi la restul populaţiei, în general. Au fost înregistrate în timpul gestaţiei toate tipurile de nevroze: *nevroze anxioase* (exprimate prin crize de anxietate, simptome neurovegetative etc.), *nevroze depresive* (cu apatie, stări de plîns, insomnii), *nevroze obsesive* (cu idei obsedante, scrupulozitate, dubitaţii), *nevroze astenice* (cu astenie, somnolenţă, hipoprosexie, iritabilitate crescută). O serie de aspecte particulare clinice prezintă unele nevroze fobice (fobii în legătură cu naşterea sau cu sănătatea copilului) şi nevroze isterice (negarea isterică a sarcinii).

Spre deosebire de alte situaţii în care măsurile de psihoigienă se adresează unei persoane sau unui singur tip de colectivitate, *în*





perioada gestaţiei trebuie să acţionăm atît în interesul femeilor gravide, cît şi în interesul viitorilor copii. Progresele în lupta de prevenire a îmbolnăvirilor psihice care apar în perioada graviditătii sînt astăzi evidente. Strategia psihoprofilaxiei cuprinde, pe de o parte, *intensificarea şi respectarea unor măsuri nespecifice, măsuri generale de călire fizică şi psihică*, iar, pe de altă parte, *instituirea unor mijloace specifice.* Încă din antichitate s-a acordat atenţie prevenirii îmbolnăvirilor psihice la gravidă şi la produsul de concepţie, prin realizarea unui regim de muncă şi de viaţă deosebit. Situaţiile psihotraumatizante erau implicate atît în determinismul bolilor gravidei, cît şi în influenţarea nefavorabilă a dezvoltării şi a sănătăţii fizice şi psihice a fătului. În perioada gestaţiei femeile beneficiau de o serie de drepturi şi privilegii. La romani femeia însărcinată era scutită de a se ridica în picioare în faţa conducătorilor, iar în Grecia Antică era cruţat chiar un criminal dacă acesta găsea adăpost într-o familie în care



exista o gravidă.

În perioada gestației este necesară aplicarea următoarelor măsuri nespecifice: călirea organismului prin utilizarea factorilor naturali (aerisirea camerelor, înviorarea în aer liber, plimbări și excursii în zone cu aer curat), călirea organismului prin exerciții fizice, respectarea orelor de somn, relaxarea psihică prin distracții agreabile, interzicerea consumului de băuturi alcoolice și a fumatului, alimentație rațională, științifică, evitînd atît deficiențele (printr-un aport echilibrat de proteine, vitamine, calciu, fier etc.), cît și consumul excesiv (viitoarea mamă nu trebuie să mănînce pentru doi); asigurarea unei atmosfere de armonie psihică, a unor relații inter-personale optime, lipsite de incidente conflictuale și de situații frustrante psihotraumatizante. În prezent există dovezi că viața psihică debutează înainte de naștere, fătul fiind o ființă dotată cu memorie și sentimente. Sursa principală a stimulării evoluției psihismului fătului o constituie mesajele primite de la mamă. Situațiile psihotraumatizante (tensiunile din viața familială ori profesională) afectează, în același timp, atît organismul mamei, cît și pe cel al fătului. Combaterea stresurilor familiale și profesionale contribuie astfel la promovarea sănătății mintale încă din perioada prenatală.

Acțiunile de profilaxie sînt instituite cu ocazia consultațiilor prenatale. Luarea în evidență a gravidei este obligatorie, iar în cursul gestației sînt necesare mai multe consultații. În afară de verificarea stării sănătății somatice, medicul are datoria să urmărească și evoluția sănătății psihice. De asemenea, el trebuie să găsească mijloacele potrivite pentru a risipi teama de naștere.

Un rol important în prevenirea anxietăților legate de gestație și de naștere îl au *mijloacele educative prenatale individuale sau colective* (cursuri instructiv-educative prenatale sau „școala mamelor"). Aceste mijloace educative urmăresc pregătirea femeilor însărcinate pentru o conduită normală la naștere. Lecțiile teoretice (cu date referitoare la sarcină și naștere), însoțite de ședințe practice (exerciții de respirație, exerciții de decontracturare și expulzie), diminuează ori înlătură frica de naștere. Programul de educație trebuie să combată opiniile eronate referitoare la obligativitatea marilor dureri de naștere. Deși nu putem să susținem existența unor „nașteri fără dureri", trebuie să facem deosebire între *durerile „normale", obișnuite*, de intensitate mai redusă, determinate de procesele fiziologice ale parturiției (nașterii), și *durerile patologice supraadăugate, legate de stările de teamă și de descurajare*. Autocontrolul respirației și al decontracturării diverselor grupe musculare constituie elemente de mare importanță în timpul nașterii. Cursurile instructiv-educative prenatale realizează un mod de psihoterapie colectivă ori de psihoterapie de grup. În cadrul grupului se dizolvă o serie de anxietăți legate de gestație și naștere. Gravida își modelează comportamentul în funcție de atitudinea celorlalte gestante.

În timpul gestației trebuie să acționăm pentru prevenirea bolilor congenitale (genetice și negenetice). Unele boli congenitale sînt determinate de factori toxici și infecțioși. Alcoolismul fetal, întîlnit la mamele care consumă alcool, este răspunzător de o serie de tulburări psihice care vor apărea la copil. Gestantele nu trebuie să consume băuturi alcoolice nici chiar în cantități moderate. Gravidele care lucrează în mediu toxic vor fi mutate în alte locuri de muncă. În timpul gestației (și mai ales în primele luni) viitoarele mame *nu trebuie să utilizeze medicamente fără avizul medicului.* O serie de medicamente toxice sînt interzise. Ele vor fi administrate numai în situațiile în care viața gravidei este în pericol. Iradierea medicală (în scop diagnostic ori terapeutic) este interzisă în primele trei luni de sarcină și trebuie evitată în tot cursul gestației.

Prevenirea bolilor infecțioase joacă un rol important în profilaxia bolilor psihice congenitale. Prevenirea toxoplasmozei, de exemplu, se bazează pe evitarea contactului cu animalele domestice, evitarea consumului de carne crudă, ouă crude și lapte nefiert.

Gravida trebuie să se ferească de infecțiile virotice. Cele mai nocive virusuri asupra dezvoltării embrionare sînt *virusul herpetic, virusul rubeolei* și *virusul incluziunilor citomegalice.*

Medicina modernă are astăzi posibilitatea de a depista și unele boli ereditare, încă din primele luni ale sarcinii. După a 14-a săptămînă de gestație se poate efectua puncție amniotică (amniocenteză), avînd astfel posibilitatea de a analiza celulele amniotice (prin examen citogenetic) și compoziția lichidului amniotic (prin examene biochimice). Se realizează astfel diagnosticarea antenatală a bolilor cromozomiale (mongolismul sau sindromul Down, sindromul Turner, sindromul Klinefelter etc.) și a erorilor înnăscute de metabolism (fenilcetonuria, de exemplu). În cazul bolilor cromozomiale se decide, de obicei, întreruperea terapeutică a cursului sarcinii, iar fenilcetonuria (care se manifestă mai tîrziu prin oligofrenie) poate fi prevenită prin instituirea unui regim sărac în fenilalanină (de la naștere pînă la vîrsta de 6—7 ani). Amniocenteza este indicată la sarcinile survenite după 40 de ani, în cazurile în care gestanta a născut deja un copil cu o anomalie cromozomială sau un copil malformat cu origine necunoscută, în cazurile în care unul din părinți prezintă unele tulburări genetice (mozaicism, translocație echilibrată etc.).

În cazul tulburărilor nevrotice care se întîlnesc la gravide, se preferă mijloacele psihoterapeutice, evitînd terapia anxiolitică. Dintre mijloacele de psihoterapie se utilizează mai frecvent metodele de relaxare („psihoterapie de relaxare"). Metoda relaxării progresive, inaugurată de Edmund Iacobson, urmărește obținerea relaxării fără o trecere printr-o contracție prealabilă. Aceasta se realizează prin exerciții progresive de conștientizare a gradului de tensiune neuromusculară și de învățare a mecanismului decontracturării. Metoda antrenamentului autogen, lansată de J.H. Schultz, este o „gimnastică a spiritului", care urmărește obținerea relaxării printr-o mobilizare voliționalâ de învățare a proceselor de decontracturare.

sarcina EXTRA-UTERINĂ

Prof. dr. VASILE LUCA

I.M.F. — București

Prin *sarcină* înțelegem starea în care se află femeia, din momentul fecundației, pînă la expulzarea produsului de concepție.

Sarcina se numește *uterină* (normală), cînd oul se grefează și se dezvoltă în cavitatea uterină, și *extrauterină*, cînd grefarea se face în afara cavității uterine.

Factorii care condiționează implantarea oului în cavitatea uterină, locul normal de dezvoltare a sarcinii, sînt foarte numeroși, depinzînd, atît de calitatea oului fecundat, cît și de calitățile gazdei, respectiv ale locului de implantare (uterul).

Întîlnirea dintre spermatozoid și ovul nefecundat eliminat de ovar prin ovulație, aproximativ la mijlocul ciclului menstrual (între a 10—14-a zi), se face în porțiunea inițială a trompei. Aici se face fecundația, pătrunderea spermatozoidului în ou, după care oul fecundat începe să se segmenteze, prefigurînd elementele noii ființe, embrionul și anexele sale. Am putea spune deci că orice sarcină este la început extrauterină, situată în afara cavității uterine. Dar oul nu rămîne aici; prin mișcări segmentare ale trompei, contracții asemănătoare cu ale intestinului ce-și elimină conținutul, oul fecundat este împins, prin canalul trompei, în cavitatea uterină. Drumul lung — 10—15 cm și chiar mai mult — destul de anevoios, este parcurs în mod normal în 4—5 zile. În acest timp oul se dezvoltă, căpătînd un înveliș celular (trofoblastul), cu mari proprietăți de pătrundere în țesuturi, înveliș ce va deveni *placentă.*

Periferia oului digeră zonele pe care le întîlnește, trimite prelungiri în țesuturile vecine, de unde își extrage hrana obținută din sîngele vaselor deschise și din celulele distruse.

În timpul în care oul parcurge canalul tubar, în ovar, din foliculul care a eliminat oul, se dezvoltă o glandă trecătoare — *corpul galben* — care secretă foliculină și progesteron. Sub influența acestor hormoni, mucoasa uterină se pregătește, dezvoltîndu-se și secretînd substanțe nutritive pentru primirea oului fecundat, care se va cuibări și se va dezvolta timp de 9 luni în cavitatea uterină.

Însușirea sumară a cîtorva secvențe principale ale primelor stadii ale sarcinii arată cît de

complexe sînt condiţiile care permit şi favorizează oul fecundat să găsească locul destinat grefării sale, loc care îndeplineşte toate calităţile necesare pătrunderii, păstrării şi dezvoltării sale.

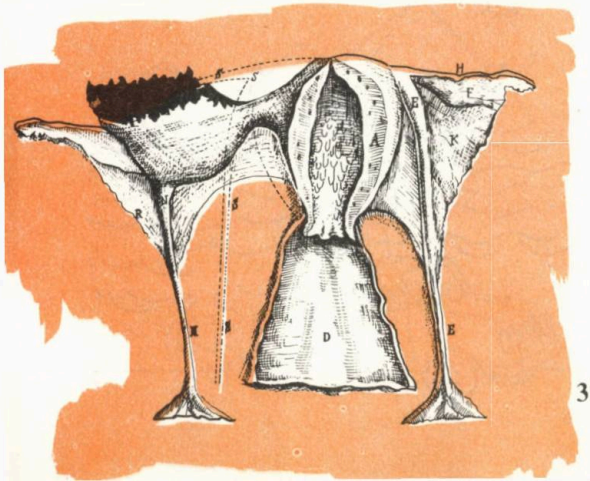
Şi, cu toate acestea, oul se poate grefa în afara cavităţii uterine, constituindu-se *o sarcină extrauterină,* în zone care, pe departe, nu au nici structura, nici funcţia mucoasei uterine, în situaţii extrem de precare şi în locuri cu totul bizare.

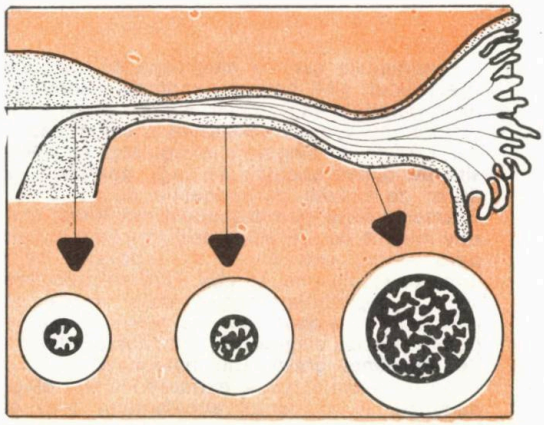
De obicei implantarea extrauterină şi dezvoltarea pînă la un anumit moment se face în drumul său spre uter, deci în trompă, constituindu-se *sarcina extrauterină tubară,* dar se mai poate grefa pe ovar *(sarcina extrauterină ovariană),* în cavitatea abdominală *(sarcina extrauterină abdominală)* sau pe colul uterin *(sarcina extrauterină cervicală).*

Locul neprielnic al grefării oului creează o serie de tulburări locale. Astfel, pătrunderea oului în trompă şi creşterea lui continuă destinde trompa, care se subţiază, formîndu-se o trompă violacee, mai mult sau mai puţin voluminoasă, peretele tubar putînd să se rupă, atît prin distensia (alungirea) oului, cît şi prin dilacerarea (ruperea) musculară produsă de proprietatea de agresiune a învelişului ovular. Rezultatul ruperii peretelui tubar este o hemoragie internă, cu atît mai mare cu cît vasele interesate sînt mai importante, uneori hemoragia fiind cataclismică (pierdere masivă şi foarte rapidă de sînge).

Uneori oul este avortat prin orificiul tubar în cavitatea uterină sau abdominală, locul de implantare sîngerînd continuu, dar mai încet; alteori oul moare şi se rezoarbe sau sîngele şi resturile oului formează o tumoare tubară plină cu sînge (hematosalpinx). Rareori oul evoluează, ajungînd în luni de sarcină înaintată şi chiar la termen.

Frecvenţa sarcinii extrauterine în specia umană — şi mai ales creşterea frecvenţei acesteia în epoca modernă — dă impresia că această localizare aberantă şi patologică a sarcinii constituie o anomalie specifică femeii şi caracteristică civilizaţiei. Sarcina extrauterină însă se întîlneşte — este adevărat, foarte rar — şi la animale fără cicluri menstruale, chiar la animale mici, ca şoarecele şi cobaiul şi, în plus, poate fi obţinută şi artificial, în mod experimental, grefînd oul fecundat în cele mai variate zone (de la peritoneu, pînă la camera anterioară a ochiului).





Cauzele care pot produce o astfel de curioasă, dar destul de frecventă anomalie, sînt multiple, unele cunoscute, altele mai puţin cunoscute, o parte legate de dezvoltarea neconcordantă a oului fecundat, dar cele mai multe create de patologia trompei. Un ou voluminos, o dezvoltare prematură a oului înainte de a ajunge în cavitatea uterină, o agresivitate deosebită a învelişului ovular pot genera o oprire a acestuia în lumenul tubar. De obicei, însă, condiţiile speciale ale drumului parcurs constituie o cauză de grefare aberantă. Iată cîteva din aceste condiţii speciale: malformaţiile trompei (trompe lungi, sinuoase, cu diverticuli etc.), inflamaţiile, grefarea de mucoasă uterină în canalul tubar, tulburări hormonale care încetinesc mişcările tubare, stări nervoase care creează spasme ale trompei, tratamente anticoncepţionale, tratamente împotriva sterilităţii etc.

Sarcina extrauterină este o problemă de biologie, de cercetare, de supoziţie teoretică, dar este, în primul rînd, o problemă a medicinii practice, pentru că accidentul său major, hemoragia internă, poate să aibă, în cazurile întîrzierii tratamentului, consecinţe grave, chiar pînă la pierderea femeii, pentru că se pot produce şi alte accidente cu consecinţe mai puţin grave, dar serioase (dintre care tulburările funcţiilor sexuale şi de procreaţie nu sînt de neglijat), şi pentru că toate aceste consecinţe şi accidente, mai mult sau mai puţin grave, pot fi evitate sau diminuate printr-un diagnostic şi intervenţie precoce.

Simptomele sarcinii extrauterine sînt, în general, acelea ale unei sarcini incipiente, cu evoluţie patologică: o întîrziere a apariţiei menstruaţiei mai mult sau mai puţin lungă (între 10—45 de zile), cu fenomene generale subiective de sarcină (greţuri, indispoziţie, capricii gustative etc.), urmate de hemoragii mici, intermitente, de obicei negricioase.

În acelaşi timp apar dureri în abdomenul inferior, dureri care pot fi continui sau sub formă de colici, cu iradieri în vezică, rect, umărul drept.

De cele mai multe ori însă bolnavele cu o sarcină extrauterină nu se adresează medicului pentru suspiciunea unei sarcini patologice, pentru că nu au nici întîrzieri de menstruaţie, nici tulburări subiective de sarcină — greţuri, ameţeli etc.

Fenomenele care le determină să consulte specialistul sînt banale simptome ginecologice: neregularităţi menstruale, cu o mică întîrziere sau apariţia prematură a menstruaţiei, dar urmată de sîngerări neregulate, întovărăşite de dureri abdominale vagi, apreciate ca dureri de anexită, de congestie, de colită etc. Examenul local care descoperă modificări uterine minime de sarcină şi prezenţa unei tumori parauterine, examenele de laborator care arată existenţa unei sarcini (fără să precizeze sediul), depistarea imaginii oului lateral de uter, prin ultrasonodiagnostic şi alte investigaţii, pot preciza diagnosticul înaintea producerii de accidente grave. Din nefericire, însă, o bună parte din sarcinile extrauterine sînt diagnosticate în momentul accidentului grav al rupturii.

Momentul ruperii peretelui tubar în sarcina extrauterină este dramatic: durere violentă în abdomen, ca o lovitură de pumnal, urmată de pierderea cunoştinţei, stare de colaps, cu tensiune arterială scăzută, puls rapid, paliditate, transpiraţii reci etc.

Abdomenul este foarte dureros, balonat. Medicul care examinează decelează prezenţa de lichid (sînge) în cavitatea abdominală. Examenul genital este foarte dificil, din cauza durerii.

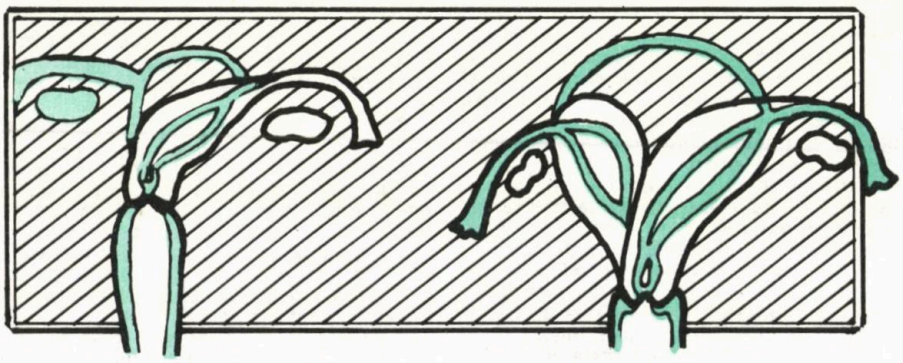
Simptomatologia sarcinii extrauterine este foarte variată, de multe ori ştearsă, ceea ce a făcut pe numeroşi clinicieni să descrie tot atît de numeroase semne minime, care ar putea să sugereze existenţa acestei anomalii.

Din această cauză diagnosticul precis este apreciat, nu rareori, în timpul intervenţiei chirurgicale sau al unei minime explorări vizuale intraabdominale, făcute cu un aparat special — celioscop —, operaţia numindu-se laparoscopie sau celioscopie.

În ceea ce priveşte tratamentul, de peste o sută de ani se cunoaşte aforismul că orice sarcină extrauterină diagnosticată comandă intervenţia chirurgicală, care suprimă această sarcină odată cu extirparea totală sau parţială a organului în care s-a dezvoltat (trompă, ovar).

În condiţiile progresului medicinii, al anesteziei-reanimării, al tehnicilor chirurgicale, intervenţia chirurgicală în sarcina extrauterină în evoluţie sau chiar ruptă, cu hemoragie internă, este o intervenţie simplă şi evoluţia postoperatorie benignă.

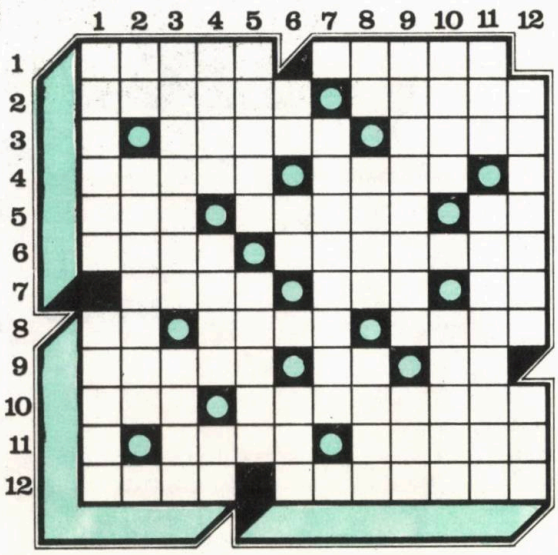
Femeia nu prezintă tulburări tardive ale funcţiei de procreaţie (deoarece trompa controlaterală sănătoasă poate îndeplini, desigur, cu o deficienţă relativă, funcţia de captare şi conducere a oului). Nu este mai puţin adevărat, însă, că o bolnavă care a fost operată de sarcină extrauterină este expusă să facă mai frecvent o nouă sarcină extrauterină în trompa rămasă aparent sănătoasă după intervenţie sau pe bontul trompei gravide, care a fost parţial extirpată la prima intervenţie chirurgicală.



Desene de NIC. NICOLAESCU

Fără cuvinte

Viața



ORIZONTAL: 1. Istoric și om politic roman (55—120), care a afirmat că: „O moarte demnă este mai frumoasă decît o viață rușinoasă" — Celebru istoric român (1871—1940), care a sesizat că: „Pierzi în viață ani și la moarte cerșești o clipă" (Nicolae). 2. Poetă română (1916—1944), de la care am reținut poemul „Frumoase-s cîmpiile vieții" (Magda) — Poet și dramaturg spaniol (1898—1936), în a cărui dramă „Mariana Pineda" eroina titulară spune în final: „Pe steagul libertății eu țesut-am/ Iubirea cea mare a vieții mele" (Federico Garcia). 3. Poet austriac (1875—1926), care ne-a lăsat acest îndemn: „Să nu uiți niciodată: Viața este un lucru sublim" (Rainer Maria) — Jurnal. 4. Eroina despre care Mauprat, personajul titular al unui roman de George Sand, declară la optzeci de ani: „Ea a fost singura femeie pe care am iubit-o în toată viața mea, niciodată vreo alta nu mi-a atras privirea și n-a cunoscut îmbrățișarea mîinilor mele" — Dătătoare de viață (pl.). 5. Personificarea Soarelui în mitologia egipteană — A se pripăși — În fața chioșcului! 6. Rîu în Elveția — „... în anotimp", volum de versuri în care Florența Albu a inclus și poezia „Bucuria vieții". 7. Rîu în Scoția — Popoare din Orient (ant.) — Miros deosebit. 8. Vasile Rusu — Localitate în Algeria — Numitor comun (pl.). 9. Poet român (1875—1913), din a cărui lirică amintim „O viață" (Șt.O) — Precum — Locotenent (abr.). 10. Fire textile — Caz gramatical. 11. „Viața la...", primul roman din ciclul „Comănești enilor", scris de Duiliu Zamfirescu — Omenească. 12. Chemare — Poet latin (40—104), autorul versurilor: „... nu mîine, ci astăzi să trăiești,/ de viață să te bucuri cît timp în viață ești".

VERTICAL: 1. În primăvara vieții — Sensul ei, după A.P. Cehov, nu stă decît în luptă. 2. Campion — Filosof materialist, scriitor și estetician francez (1713—1784), care a spus că: „Speranța de a trăi în memoria oamenilor e singurul lucru care ne consolează de scurtimea vieții" (Denis). 3. Tînăra din opera „Viața scurtă" de Manuel de Falla — „... de viață", nuvelă de Jack London. 4. Apă amestecată cu gheață (reg.) — „Viață de...", poem simfonic de Richard Strauss (pl.) — În vale! 5. Eroul nuvelei „O viață ratată", de A.P. Cehov — Floare care plutește la suprafața apei. 6. Sonia Koch — O sută unu la romani — Aproximativ. 7. Poet român (1850—1889) care și-a gravat numele pe placa de aur a Nemuririi, autorul poeziilor „Viața" și „S-a stins viața...". 8. Vas de pămînt — Automobil (fam.) — Albastrul cerului. 9. Arbust mic din familia labiatelor, plăcut mirositor, cu frunze totdeauna verzi — Diviziune administrativă în Danemarca. 10. Fizician belgian contemporan — Sistem muntos în Asia Centrală Sovietică. 11. Vechi oraș în Fenicia — Soția baronului Gondremark din opereta "Viața pariziană" de Jacques Offenbach. 12. Ilustru poet român (1880—1967), care a afirmat că: „Trăită, viața fuge, descrie zig-zaguri și curbe, de care insul nu e întotdeauna informat și riguros răspunzător" (Tudor) — Undă, talaz.

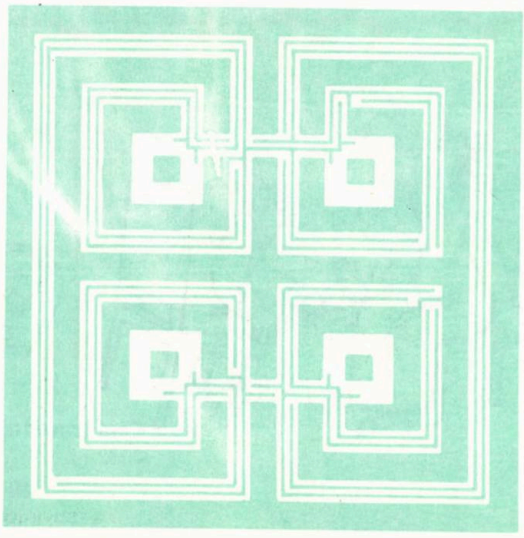
Dicționar: RIE, IDLE, EARN, EOI, OUAS, INIE, AMT, GRIE.

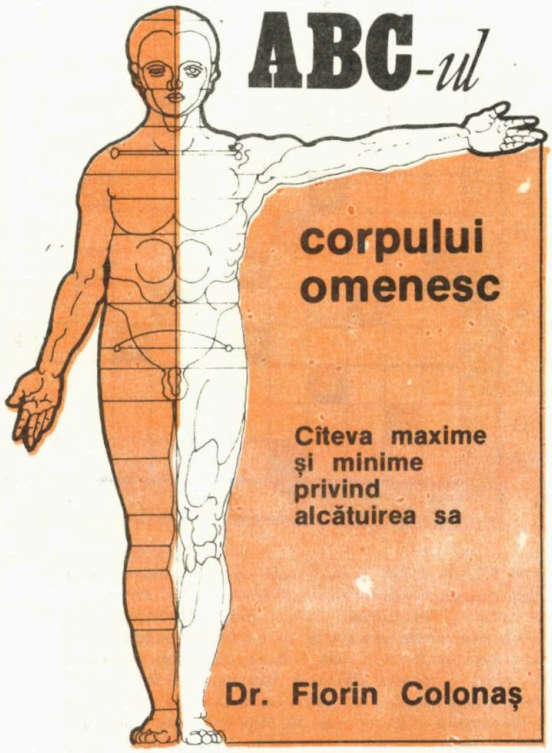
ADAM STOICA

Desen de NIC. NICOLAESCU

—Iau pastilele doar cu apă, fără concediu medical?

LABIRINT





— Cel mai lung muşchi: **muşchiul croitor, situat în regiunea coapsei.**

— Cel mai mic muşchi: **muşchiul scăriţei, aflat în urechea medie.**

— Cel mai lung os: **osul femur, alcătuind scheletul coapsei.**

— Cele mai mici oase: **ciocanul, nicovala, scăriţa, din urechea medie.**

— Cea mai lungă coastă: **coasta a VII-a.**

— Cea mai scurtă coastă: **coasta I.**

— Cea mai lată coastă: **coasta a X-a.**

— Cea mai mare celulă: **ovulul (200 microni).**

— Cea mai mică celulă: **celula nervoasă din cerebel (aproximativ 3/4 micron).**

— Cel mai voluminos şi mai lung nerv periferic: **nervul sciatic (din plexul sacral).**

— Osul cu cea mai mare rezistenţă la presiune: **osul tibia (alcătuind, împreună cu peroneul, scheletul gambei);** rezistă la o presiune de 1 500 kgf, forţă exercitată în lungul osului.

— Cel mai puternic muşchi masticator: **muşchiul temporal (80 kgf).**

— Cel mai izolat os: **osul hioid, situat în regiunea anterioară a gîtului.**

— Cel mai voluminos organ intern: **ficatul (1 400—1 500 g cu vasele golite şi 2 000 g cu vasele pline).**

— Cel mai lung organ intern: **intestinul subţire (aproximativ 5 m).**

— Cea mai mică glandă cu secreţie internă: **epifiza, aflată în cutia craniană (0,2 g). Îi urmează hipofiza (0,5 g), tot în interiorul cutiei craniene.**

— Cel mai mare os cuprins de un tendon muscular: **rotula, cuprins în articulaţia genunchiului.**

— Nervul cranian cu cel mai lung traiect: **nervul vag (pneumogastric). Începe în cutia craniană şi se termină în abdomen.**

— Cea mai mare glandă salivară: **parotida (aproximativ 30—50 g).**

— Cea mai mică glandă salivară: **glanda sublinguală (în jur de 1 g).**

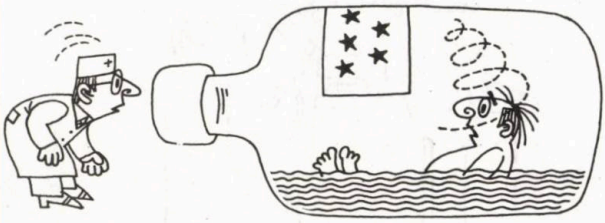
— Cel dintîi dinte care apare la copil: **dintele incisiv lateral inferior de lapte. Apare la 6 luni.**

— Cel mai mic dinte al omului: **incisivul central inferior.**

— Cel din urmă dinte care apare la om: **măseaua (molarul) de minte. Apare în jurul vîrstei de 18 ani.**

Desene de NIC. NICOLAESCU

Fără cuvinte



MALFORMAȚII CONGENITALE COMUNE

Dr. C. Maximilian, dr. Doina Maria Ioan

Institutul de endocrinologie „Prof. C.I. Parhon", București

Dezvoltarea intrauterină este un proces de o uluitoare complexitate. La început este un ou rezultat din fuziunea unui ovul cu un spermatozoid. O singură celulă care se divide în două ... în patru ... în opt ... în nenumărate celule, într-o ordine extrem de riguroasă ... se schițează viitoarele organe și țesuturi. Și după 282 de zile se naște un nou copil, o nouă victorie a vieții.

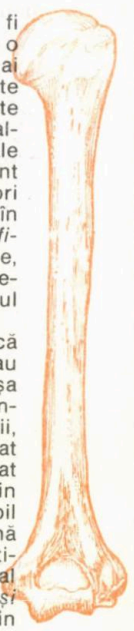
Întreaga evoluție intrauterină trebuie să se desfășoare conform planului genetic prezent în ou. Un plan care cuprinde organizarea generală a embrionului, conform normei speciei, și particularitățile individuale, tot ceea ce definește unicitatea noastră biologică. Dar oul poate cuprinde mici sau mari erori genetice — mutații genice și cromozomiale. În asemenea circumstanțe destinul „copilului" devine incert! El poate fi eliminat sau poate supraviețui cu prețul unor malformații mai mult sau mai puțin grave. Eroarea a fost transmisă de unul dintre părinți sau de amîndoi părinții, a străbătut numeroase generații, fără a-și trăda prezența, sau a apărut brusc în celulele germinale ale unuia dintre părinți, în spermatozoizi sau în ovule. Deseori are doar o constelație nefavorabilă de gene. Un grup de gene cooperează pentru a perturba istoria embrionului (efectele negative apar doar atunci cînd sînt prezente toate genele nefavorabile; dacă întîmplător embrionul are doar o parte dintre aceste gene el va evolua normal).

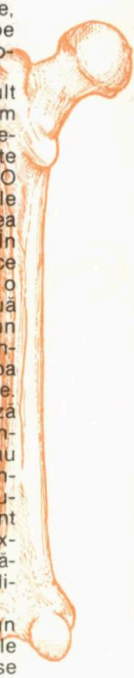
O malformație congenitală poate fi condiționată de o mutație genică, de o anomalie cromozomială sau de mai multe gene cu efecte aditive (ereditate poligenică). Acest ultim tip de ereditate explică o categorie importantă de malformații — malformațiile congenitale comune. Numele este sugestiv. Sînt malformații frecvente — 1‰, uneori chiar mai mult. Au fost incluse în această grupă: anencefalia și *spina bifida* deschisă, despicăturile labiopalatine, malformațiile congenitale de cord, stenoza de pilor, luxația de șold, piciorul strîmb, scolioza idiopatică.

Apariția acestor malformații implică și un coeficient ambiental, mai mult sau mai puțin important. Dacă nu ar fi așa și malformațiile s-ar transmite în conformitate cu legile clasice ale eredității, după nașterea unui copil handicapat riscul de a avea un nou copil malformat ar trebui să fie foarte mare, de cel puțin 25%. Or riscul de a avea un nou copil cu o malformație congenitală comună este mic, de 2—4%. Sau, prezentat optimist, șansa de a avea un copil normal este de 94—96%. Repetăm: *aceeași malformație*, deoarece orice mamă din orice colț al Pămîntului are un risc de 2—3% de a naște un copil cu o malformație oarecare. De aceea cînd discutăm riscul reapariției malformației, distingem două subriscuri: un risc specific pentru o malformație congenitală comună și un risc global, care include și riscul specific. O mamă care a născut un copil cu o malformație comună are deci un risc global de 5—7% de a avea un copil anormal. Riscul nu este mare, prin comparație, firește, cu riscul pe care îl implică o malformație condiționată de o singură mutație.

Totuși... realitatea biologică este mult mai complicată decît pare. Spuneam mai înainte că riscul este mic. Este adevărat, dacă aceeași malformație nu este condiționată de o singură mutație. O parte dintre malformațiile congenitale de cord pot fi expresia unor asemenea accidente. Riscul crește considerabil. În mod obișnuit ajunge la 25%, ceea ce este foarte mult. Practic nu avem nici o posibilitate de a diferenția cele două categorii de cauze. Totuși numai un procent redus de malformații sînt condiționate de o singură genă. Este vorba exclusiv despre malformațiile izolate. Uneori aceste malformații se asociază cu alte malformații, constituind un sindrom. Despicăturile labiopalatine au fost descrise în cel puțin 170 de sindroame condiționate de o singură mutație genică. Aceste sindroame sînt uneori ușor de recunoscut, alteori extrem de greu. Diferențierea trebuie făcută, deoarece riscul recurenței (recidivei) poate fi mare.

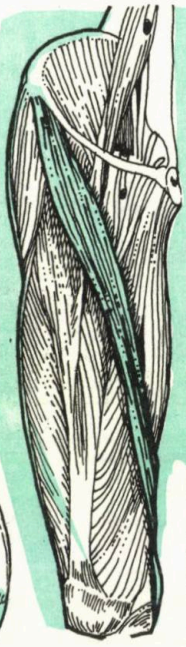
Despicăturile labiopalatine sînt un exemplu. Și malformațiile congenitale de cord sînt prezentate în numeroase





sindroame ereditare, uneori extrem de severe, alteori compatibile cu viața.

Dintre malformațiile congenitale comune, numai anencefalia este constant letală. Este foarte gravă și *spina bifida* deschisă. Sînt severe și unele malformații congenitale de cord. Stenoza de pilor este și ea letală, dacă nu este descoperită imediat după naștere și corectată chirurgical. Erorile sînt foarte rare și cei mai mulți dintre copiii afectați supraviețuiesc. La rîndul lor pot avea copii afectați. De asemenea, pot fi corectate chirurgical luxația de șold și piciorul strîmb.



Dar mamele care au născut un copil cu una dintre malformațiile congenitale discutate și care vor un nou copil au nevoie de certitudine că vor naște un copil normal. Ele pot considera un risc mic inacceptabil. Și ușor de înțeles. Ele nu vor să retrăiască drama. Datorită geneticii dilemele lor încep să dispară. Investigarea prenatală ne permite să descoperim prenatal două dintre malformațiile majore — *anencefalia* și *spina bifida*. Ele pot fi detectate pe două căi: prin determinarea nivelului unei proteine prezente în lichidul amniotic — alfa-fetoproteina — și prin examen ecografic. În ipoteza în care fătul are o asemenea anomalie, nivelul alfa-fetoproteinei crește semnificativ. Și mai important este faptul că nivelul aceleiași proteine crește și în serul matern, după săptămîna a 16-a de sarcină. Dacă nivelul proteinei este suficient de mare, fătul va fi investigat ecografic. Anencefalia poate fi descoperită cert... și ușor. Firește, sarcina va fi întreruptă. *Spina bifida* poate fi descoperită însă tîrziu, atunci cînd sarcina nu mai poate fi întreruptă.

Odată cu ameliorarea ecografelor a devenit posibilă și descoperirea unora dintre malformațiile de cord. Și fără îndoială că în viitor vor fi identificate mereu mai multe malformații.

Oricum, luxația de șold, piciorul strîmb, despicăturile labiopalatine nu pot fi descoperite prenatal. Încă.

Medicina este obligată să folosească tot ceea ce se poate folosi. În unele colțuri ale lumii a devenit obligatorie determinarea prenatală a alfa-fetoproteinei fetale în sîngele matern. Metoda este extrem de simplă.

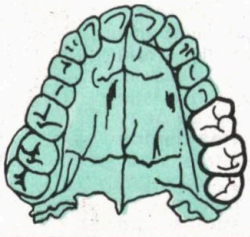
Din prezentarea acestor date se desprind cîteva concluzii deosebit de importante. Astfel, o mamă care a născut un copil cu o malformație congenitală comună are un risc mic de a naște un nou copil handicapat.

Înainte însă de a lua o decizie, trebuie să ceară sfatul unui genetician. El este cel ce apreciază amploarea riscului și cel care decide dacă sarcina viitoare poate fi monitorizată sau nu.

O mamă care are un copil cu o asemenea malformație trebuie să știe că și copiii ei handicapați au un risc mai mare decît riscul general de a avea, la rîndul lor, copii anormali.

Nu există încă un tratament preventiv eficient al acestor anomalii. El va deveni posibil numai atunci cînd vom descoperi rolul mediului ambiant și vom reuși să eliminăm factorii favorizanți. Totuși, observații preliminare, empirice, sugerează că este posibilă profilaxia anencefaliei și a *spinei bifida*. S-a remarcat faptul că mamele care au născut un asemenea copil și li se administrează acid folic și vitamine din grupul B (B_1, B_6 și B_{12}) nasc mai rar copii cu malformații decît mamele din seria martor, mame care nu au primit nici un tratament.

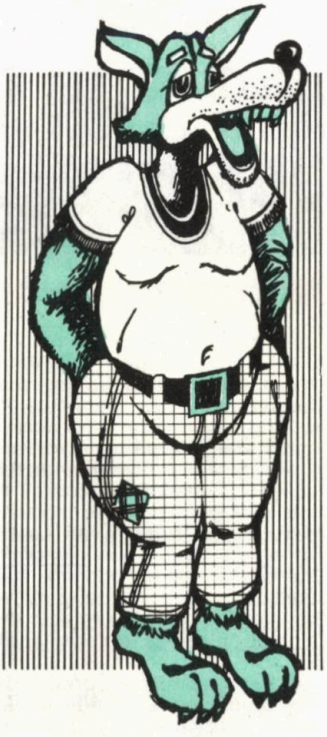
Pornind de la aceste observații, Marea Britanie intenționează să instituie un program național de profilaxie specifică (dealtminteri în Marea Britanie malformațiile de tub neural — anencefalia și *spina bifida* — sînt mai frecvente decît în restul lumii). Se preconizează să se administreze mamelor cu risc tratamentul menționat mai sus. Rezultatele vor fi cunoscute peste cîțiva ani. Indiferent dacă vor fi pozitive sau nu, este cert că medicina caută, pe toate canalele, soluții noi. Vrem să credem că le va găsi.



MEDICOFABULĂ

Despre un LUP
și sănătatea lui de fier

Era, incontestabil, un lup foarte frumos,
Înalt, puternic, mîndru, agil și sănătos.
Indeosebi această din urmă calitate
Stătea la el în frunte: o bună sănătate.
Voinic ca nimeni altul, ținea la oboseală
Și nu știa în viață să fi avut vreo boală.
De nu dormea o noapte sau două nu dormea,
Pe fața lui nici urmă, nimic nu se vedea.
Ca orice lup, desigur, el părul și-l schimba,
Dar, din nefericire, năravurile ba.
Fiind solid și tare, putea, fără să-i pese,
S-alunece-n tot felul de-abuzuri și excese.
Cu foamea-i proverbială, mînca neîncetat
În cantități imense vînat și iar vînat.
Văzîndu-i cum se-ndoapă, lupoaica, a lui soață,
I-a pus direct problema, așa, deschis, pe față:
— N-ai auzit că hrana, cînd e echilibrată,
Înseamnă bătrînețea că-i sigur aminată?
— Ba da, — i-a răspuns lupul — am auzit, firește.
Doar că, vezi tu, pe mine deloc nu mă privește.
La mine sănătatea e de beton, de fier,
Și din atîta lucru e clar că n-o să pier!
A mai văzut sărmana lupoaică încîudată,
Cu firea-i iubitoare pe drept îngrijorată,
Cum lupul o ia razna prea rău cu băutura
Iar la țigări, de-asemeni, cum a pierdut măsura.
Și iarăși, supărată, l-a întrebat: — Nu vezi
Că-ți macini sănătatea și că exagerezi?
— Nu-mi pasă, — i-a zis lupul. — Nu mă incomodează,
Deci sfaturile tale nu mă interesează.
Dar totodată lupul, nevrînd s-o enerveze,
Și-a zis că e mai bine să-ncerce s-o calmeze:
— Fii liniștită, dragă, că n-am de gînd să pier,
Cînd sănătatea mi-este, cum bine știi, de fier.



De fier... Numai că fierul, domol și fără grabă,
Cu vremea își arată și partea lui cea slabă.
Cît pare el de tare, cît de superb sclipește,
Cînd nu-i păstrat ca lumea tot fierul rugînește.
La fel și sănătatea. Rămasă neglijată,
Pe nesimțite-ajunge să fie degradată.
Țesuturi și organe suportă o uzură
Pe cît de grea în sine, pe-atît de prematură,
Iar bolile de astăzi, cum scrie și la carte,
Sînt degenerative în cea mai mare parte.
Cît e de trist, de pildă, cînd tainic, în tăcere,
Încet-încet se pune rugina în artere.
Poftim, să ne întoarcem la lupul din poveste
Și să aflăm cu toții ce-ngrozitoare veste

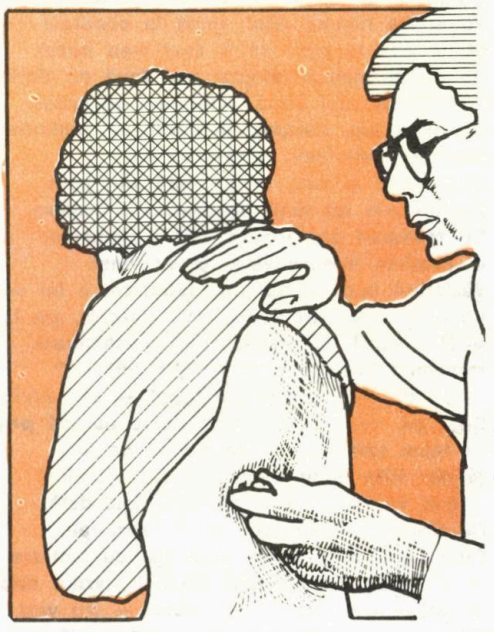
Adus-a-n chenar negru, brutal, fără cruțare,
Gazeta din pădure, la rubrica... știți care:
„Anunță cu durere lupoaica-îndoliată,
Lovită ca de trăznet, pe veci nemîngîiată,
Că soțul ei, lup falnic, subit, surprinzător,
În plină sănătate s-a stins fulgerător".

Morala? Păi, e simplu. Din fabula de față
Desprindem o concretă și rodnică povață:
Voi, cei cu sănătatea din fierul cel mai tare,
Băgați de seamă bine, n-o puneți la-ncercare,
Ci, tocmai dimpotrivă, fixați-vă drept țel
Ca sănătatea voastră s-o faceți de oțel!

Dr. Al. Gheorghiu

ALERGIA

la copii



Alergia este o stare patologică dobîndită (cîștigată), care apare în urma expunerii repetate a organismului la anumite substanțe — alergene — și se manifestă, cu ocazia unui nou contact ulterior cu acele alergene, prin reacții alergice, pe care aceleași substanțe nu le provoacă la individul „normal" („nesensibilizat" prin contacte anterioare). Reacția alergică este specifică: nu este declanșată decît prin reexpunerea la alergenul care a indus starea de alergie sau la un alergen chimic înrudit. Capacitatea de a dobîndi starea de alergie este foarte variabilă, de la individ la individ; nu toți indivizii devin alergici, deși au venit în contact cu alergene care sensibilizează pe alții.

Atopia reprezintă predispoziția înnăscută (ereditară) pentru manifestarea clinică a unor reacții alergice; copilul moștenește aptitudinea de a se putea sensibiliza prin contact cu diferiți alergeni. În anumite familii la copiii cu predispoziție alergică determinată genetic apar, cu o frecvență crescută, „afecțiuni atopice" — eczema, astmul bronșic ș.a. —, care se pot manifesta succesiv sau concomitent (apariția astmului la vindecarea eczemei sau, în același timp, eczemă și astm etc.).

Alergene pot fi:

- *alergene alimentare:* laptele de vacă (pentru sugar și copilul mic); albușul de ou; peștele; carnea; ciocolata; fructe, ca: fragi, căpșuni, banane, migdale ș.a.
- *alergeni inhalanți:* polenuri; praf de casă mucegai — „condens"; păr (pisică, cîine) pene; pulberi industriale ș.a.;
- *medicamente:* antibiotice (mai frecvent Penicilina, Streptomicina, Tetraciclina ș.a.); sulfamide; Piramidon, Aspirină, Fenobarbital ș.a., reacțiile și simptomele variind în funcție de medicament; seruri terapeutice; vaccinuri (ex. B.C.G. nu se administrează la un copil cu eczemă în evoluție);
- *alergene de contact:* substanțe chimice, medicamente și cosmetice aplicate pe piele; articole de îmbrăcăminte — astfel la sugari apare deseori „dermatita de scutece", ca urmare a macerației pielii prin contact prelungit cu scutece calde și umede, uneori impermeabile, confecționate din material plastic, manifestîndu-se sub forma de eritem fesier (înroșirea pielii la nivelul feselor) sau intertrigo (roșeață la nivelul plicilor pielii, uneori zemuindă); pentru dispariția leziunilor este suficientă eliminarea scutecelor și o „cremă calmantă";
- *paraziți intestinali;*
- *înțepături de viespe sau albină,* care pot produce chiar șoc anafilactic — stare foarte gravă —, manifeste tulburări respiratorii și circulatorii grave, colaps, edem, urticarie, necesitînd tratament medical de urgență;
- — chiar *frigul,* la expuneri repetate, poate deveni un alergen;
- — se afirmă că și *saliva de cîine, de pisică* pot fi alergene.

Manifestarea clinică a alergiei (reacția alergică) poate fi imediată, apărînd în cîteva minute, pînă la o oră, sau întîrziată, apărînd în cîteva ore.

Simptome. Manifestările clinice majore și mai frecvente ale alergiei la copii sînt:

1. în alergia respiratorie: coriza (guturai); astm bronșic; bronșită astmatiformă;
2. în alergia digestivă sau enterală; diaree acute, cu scaune apoase, uneori cu striuri de sînge sau mucozități;

3. în alergia cutanată: urticarie acută, localizată sau generalizată, eczemă ș.a.
4. șoc anafilactic ș.a.
5. este de reținut că manifestări O.R.L. recidivante (rinită, rinofaringită, faringoamigdalită, tuse spasmodică, ce nu cedează la tratamente obișnuite ș.a.) pot apărea pe un teren alergic, fără infecții, de unde necesitatea ca înainte de îndepărtarea operatorie a vegetațiilor adenoide (polipi nazali) și amigdalelor, să se precizeze că nu sînt de natură alergică, evitîndu-se operația inutilă și uneori cu consecințe nedorite.

Pentru manifestarea clinică a alergiei are importanță atît natura alergenului, cît și poarta de intrare a acestuia în organism.

Manifestările clinice ale alergiei la copil devin din ce în ce mai frecvente, cu cît copilul înaintează în vîrstă, deoarece numărul și varietatea alergenilor se mărește pe măsură ce, depășind faza de sugar, vine în contact repetat cu elemente alergizante din mediul exterior.

Este dovedit faptul că *laptele mamei nu constituie un alergen pentru copilul ei.* Dar reacții alergice la sugar pot să apară cînd mama consumă repetat medicamente cu acțiune alergizantă (Penicilină ș.a.)

Alergia la lapte de vacă apare la aproximativ 2—3% din sugarii hrăniți exclusiv cu lapte de vacă, deoarece conține betalactoglobulină, care lipsește în laptele matern. De la introducerea primului biberon de lapte de vacă copilul poate prezenta: paloare, vărsături, diaree, eczemă sau alte manifestări cutanate localizate sau generalizate, chiar respirație „șuierătoare" și colaps, simptome care dispar la suprimarea laptelui de vacă din alimentația sugarului și reapar de îndată ce i se dă din nou lapte de vacă.

S-a mai constatat că numărul (procentul) sugarilor alimentați din primele luni de viață cu lapte de vacă, ce vor face mai tîrziu astm bronșic infantil, este mult mai mare decît al celor hrăniți exclusiv la sînul mamei. Chiar și sugarii alimentați mixt (sîn + lapte de vacă) vor prezenta mai rar manifestări alergice decît cei hrăniți exclusiv cu lapte de vacă. *De aceea este recomandabil ca toți sugarii, din primele 4-5 luni, să fie hrăniți cu laptele mamei, în special acei cu părinți și bunici care au prezentat manifestări alergice.* Dar și alergia la laptele de vacă se reduce ca incidență cînd copilul ajunge la 2—3 ani și apoi dispare, copiii suportînd bine laptele.

Anumite „formule" de lapte industrial (Humana ș.a.) par să dispună mai puțin decît laptele de vacă la manifestări alergice.

Cu ocazia „diversificării" alimentației sugarului trecut de 4—5 luni, în special a aceluia cu fond de *atopie*, la introducerea de noi alimente apar multe noi ocazii de sensibilizare la acele alimente (carne, ou, unt ș.a.), care pot duce la reacții alergice, cu manifestări clinice variate, în primul rînd digestive (diaree, vărsături) și cutanate (urticarie, eczemă).

Consecința practică este ca sugarul în primele 4—5 luni de viață să fie hrănit numai la sîn, laptele mamei „protejînd" contra alergiei, iar dacă este hrănit numai cu lapte de vacă, administrarea „primelor biberoane" se va face cu multă grijă, observînd reacția copilului. Cînd se face „diversificarea" alimentației să nu se introducă mai multe alimente „noi" în același timp, pentru a se putea preciza un eventual aliment-alergen. Amestecurile prea mari de alimente noi și variate nu sînt recomandabile în special la sugarii cu *„diateză exsudativă"* (predispoziție de a reacționa ca eczemă, strofulus, urticarie ș.a.), deoarece va fi greu de precizat alimentul-alergen care trebuie eliminat.

Diagnosticul alergiei se poate face prin:

— ancheta alergologică; investigarea părinților, care vor indica substanța-alergen în urma căruia au apărut simptomele prezentate de copilul bolnav;

— eliminarea contactului cu alergenul bănuit și dispariția simptomelor prezentate;

— proba de provocare: reapariția manifestărilor la un nou contact cu alergenul eliminat;

— teste alergologice efectuate de specialist.

Primele trei probe pot fi efectuate chiar de familie.

Tratamentul alergiei comportă, în funcție de tipul de manifestare clinică, de intensitate de repetare:

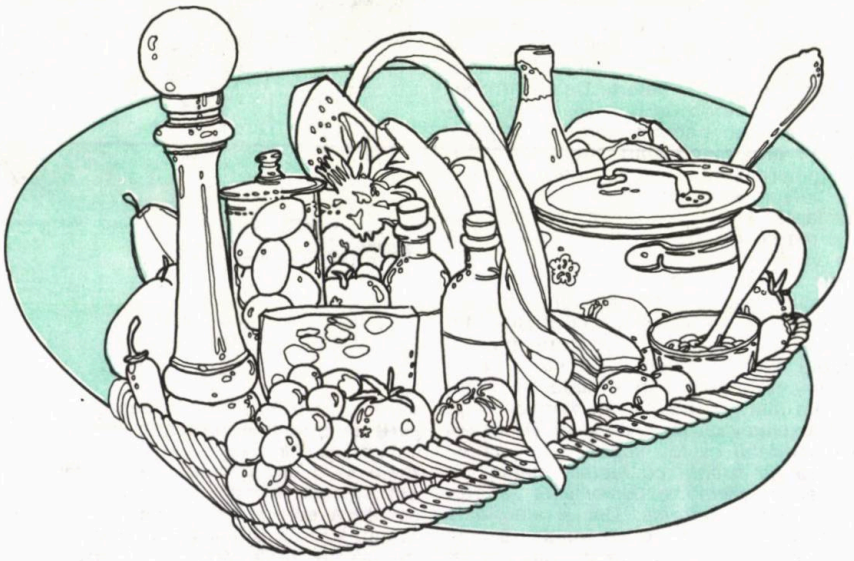
— eliminarea alergenului;

— antihistaminice de sinteză (Romergan, Feniramin ș.a.);

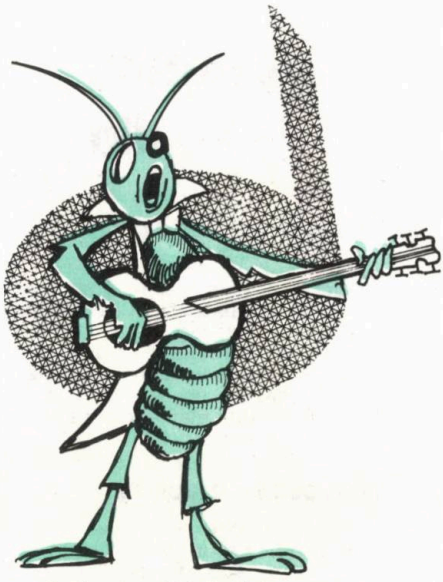
— corticoterapie — cortizon — în formele grave (edem laringian; astm; boala serului; edem Quincke ș.a.);

— desensibilizare, în manifestările recidivante.

Conf. dr. doc. V. PETRESCU-COMAN



greierele și furnica



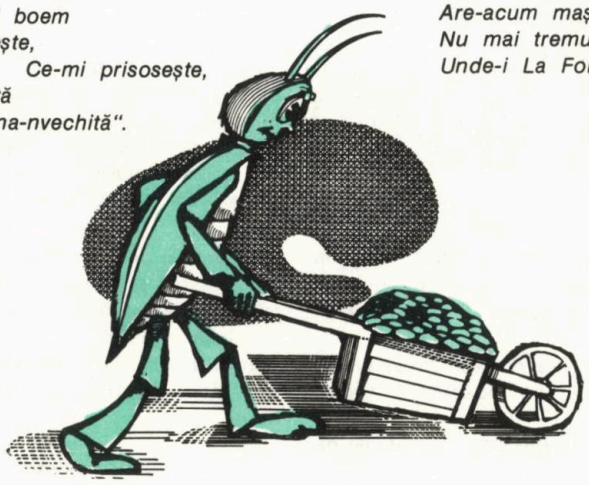
— FABULĂ REPROFILATĂ —

Toată vara, o furnică,
Mai voinică,
Și cu ale ei surate
Incolonate,
Văzînd cum unii, pe ogor,
Lasă recoltă-n urma lor,
Au profitat și-au strîns în pripă
Din risipă,
Cărînd avid în mușuroi
Tot ce-au găsit că-i mai de soi.
Însă, la urmă, s-au trezit
Că mușuroiul s-a tixit
Încît n-au loc să se mai miște
De tot ce-au strîns de pe miriște.
Ba chiar, unele-au dat de știre,
Că nu mai pot nici să respire.
Și, în această-mprejurare,
Furnica-șefă la stocare
Spuse: „E simplu, am să-l chem
La noi pe greierul boem
Și îi ofer, prietenește,
Ce-mi prisosește,
Eliminînd noxa ivită
Și-odat-cu ea, hrana-nvechită".

Greierul astfel invitat
Și cu glas dulce-ntîmpinat,
Rămase-n mod firesc, uimit,
De felul cum a fost primit.
Dar, după ce-a mai reflectat,
Gîndi că nu-i lucru curat,
S-o vadă pe furnică miel
Și-atît de-amabilă cu el.
Și, circumspect, răspunse sec:
- Mă scuzi, eu trebuie să plec;
N-am deloc vreme de pierdut
Și nici nu pot să te ajut...
Că-ți rămîn prieten asta-i cert,
Dar acum fug, că am concert.

Și, văzînd cum s-a depărtat,
Furnica zice, c-un oftat:
- S-a ajuns, golanul!... Cică
Are-acum mașină mică,
Nu mai tremură-n zăpadă...
Unde-i La Fontaine să-l vadă?

ION VULPESCU



Comprimate din UMORUL clasic medical

Anecdote de PIRON, CHAMFORT și TRISTAN BERNARD

Traducere și versificare: ION VULPESCU

CONSULTAȚIE DELICATĂ

Chemat fiind la patul unei fete
— Odraslă-a unei mame prea cochete —
Un medic o descoase, cu glas moale:
— Spune-mi, te rog, ce vîrstă ai matale?
La care ea, cu temere vădită,
Răspunde, cu o voce-abia șoptită:
— Am douăzeci de ani, chiar ceva-n plus,
Dar, să nu afle mama că v-am spus...

PSEUDOSOMNAMBULISM

A prevenit-o, cînd s-au luat,
Chiar soțul, cu un preambul,
Că pleacă uneori din pat,
El fiind un fel de somnambul.
Și i-a mai spus să se-abțină
De a-i vorbi, cînd el se scoală,
Fiindc-o voce, și-n surdină,
Poate să-i fie fatală...

A suportat ea o vreme,
Cu mult stoicism, rămasă-n pat,
Nevrînd să își facă probleme,
Dar nici prea mult n-a rezistat.
Astfel că văzîndu-l iară,
Cum se pregătea să iasă,
Zice, pentru prima oară,
Cu o voce languroasă:
— Nu mai pleca, tu, afară,
Pe-așa noapte răcoroasă;
Îți spun eu, că știu de-aseară,
Că vecina... nu-i acasă!

BOALA... FANTOMELOR

Un medic scoțian, odată,
Într-un castel vechi stabilit,
Pe-o noapte oarbă și-nghețată,
Cu o fantomă s-a trezit.
— La tine am venit grăbită,
Îi zice ea, trecînd prin geam,
Fiindcă mă simt tare slăbită
Și numai tu poți ști ce am...
— Trebuie-n cap să ți se bage,
Răspunde el, să scape iute,
Că toată boala ți se trage
Doar de la... nopțile pierdute.

RECOMANDARE MEDICALĂ

Un tînăr, la o serată
Avu o purtare ciudată;
Dintre fetele din casă,
Alese pe cea mai grasă
Și dansă numai cu ea,
Cît ținu petrecerea.
Intrigată, la plecare,
Gazda-i puse o-ntrebare,
Discret, în limba franceză:
— De ce numai cu-o obeză?
— O, — spuse, — rog să fiu scuzat,
Dar am făcut totul forțat.
Căci medicii, la un consult,
M-au îndemnat să... transpir mult.

cîteva ADEVĂRURI

● Ar fi mai înțelept dacă, în loc să ne dorim unul altuia „Noroc", „Sănătate" sau „Succes", ne-am spune: „Mai multă minte!" Căci, la drept vorbind, de puterea minții și a înțelegerii depind și norocul, și sănătatea, și succesul!

● Nici o boală cronică nu vine din senin; ea pedepsește, dramatic, un îndelung exces.

● Foamea e repede potolită, cupiditatea niciodată.

● Oamenii se plîng de scurtimea vieții, dar oare accidentele de circulație și bolile degenerative — la care se expun cu atîta dezinvoltură — sînt destinate să le înmulțească numărul anilor? E absurd să se plîngă de un rău și să facă în așa fel ca el să devină și mai rău.

● Am trăi mai liniștiți și mai bine și am evita nenorocirea bolilor de uzură, care aduc o bătrînețe și o moarte timpurie, dacă am fi în stare să mîncăm numai pentru a trăi și nu pentru a face din hrană un scop în sine. Nesațul plăcerilor culinare ne omoară pe cei mai mulți.

IONEL BANDRABUR

CUM SĂ RECUNOAȘTEM ȘI SĂ PREVENIM

micozele pielii capului la copii

Dr. I. Cojocaru

ȘEFUL LABORATORULUI DE MICOLOGIE, CENTRUL DERMATO-VENEROLOGIC, BUCUREȘTI

Este în general cunoscut faptul că dermatomicozele sînt boli provocate de ciuperci patogene și că ele pot afecta pielea, mucoasele, unghiile. Între suprafețele cutanate afectate poate fi și pielea capului, dar numai la copiii pînă la 12—13 ani, rareori pînă la 14 ani.

Cele mai frecvente sînt micozele uscate ale pielii capului, cele supurate fiind mult mai rar întîlnite.

În pielea capului micozele uscate ne apar de obicei sub forma de „insule", în general rotunde, de mărimea unei monede mai mari sau mai mici, cîteodată una singură, alteori mai multe la număr. Pe suprafața lor pielea este uscată, prezentînd un aspect de tărîță sau de făină, iar firele de păr sînt rupte chiar de la suprafață sau ceva mai sus, dînd impresia unei zone unde s-ar fi acționat cu mașina de tuns. Pe alocuri, în mijlocul sau la marginea insulelor ce par tunse, se mai văd peri lungi, care nu au fost contaminați încă. Perii cei scurți, rupți, fără luciu, pot fi smulși cu ușurință, cu ajutorul unei pensete, spre deosebire de firele lungi, normale, care și-au păstrat rezistența.

Perii rupți capătă cîteodată forme mai curioase, apărînd ca niște litere: S, Z, V, C și se pot îndoi în cojițele care acoperă suprafața cuprinsă de ciuperca în cauză. Alteori ei ne apar drepți, înconjurați de un fel de teacă sau manșon, pe o porțiune a lungimii lor, ca și cum ar fi fost presărați cu cenușă sau praf.

Acesta este în general aspectul bolilor cunoscute sub numele de *microsporie* sau *tricofiție uscată a pielii capului*. Denumirea vine de la cele două mari grupuri de ciuperci care provoacă aceste boli. Nu se poate spune totdeauna, de la început, despre care din ele este vorba. Diagnosticul sigur se poate pune doar după efectuarea examenului microscopic al firelor de păr. De fapt, nu are prea mare importanță care din aceste forme de micoză a pielii capului există la copilul bolnav, deoarece mijloacele care se folosesc pentru vindecarea lor sînt aceleași și, oricum, tratamentul trebuie făcut de către medic.

Ceea ce trebuie avut în vedere însă este faptul că orice început de mătreață care se menține pe același loc, de pe care firele de păr încep să se rupă și să cadă, va fi suspectat de o micoză, copilul bolnav necesitînd a fi examinat de un medic de specialitate.

Un alt tip de micoză uscată a pielii capului, relativ frecvent cu 3—4 decenii în urmă, dar dispărut aproape în totalitate în prezent, este reprezentat de *favus*. În această boală, firele de păr au un alt aspect. Ele sînt lungi, decolorate, se smulg ceva mai greu cu penseta și au un miros caracteristic de urină de șoarece. Perii atinși de ciupercă în favus sînt înconjurați de îngrămădiri de ciupercă grupate în niște formațiuni rotunde, formate dintr-o materie sfărîmicioasă, galbenă-deschisă, ca un fagure de miere. De aici vine și numele de favus. Aceste formațiuni au mărimea variind între cea a unui bob de linte, pînă la o monedă de 5 bani.

Micile formațiuni gălbui, numite și „godeuri", dacă sînt ridicate, lasă dedesubt o cicatrice, adică o suprafață lucioasă, roză, netedă, pe care părul nu mai crește.

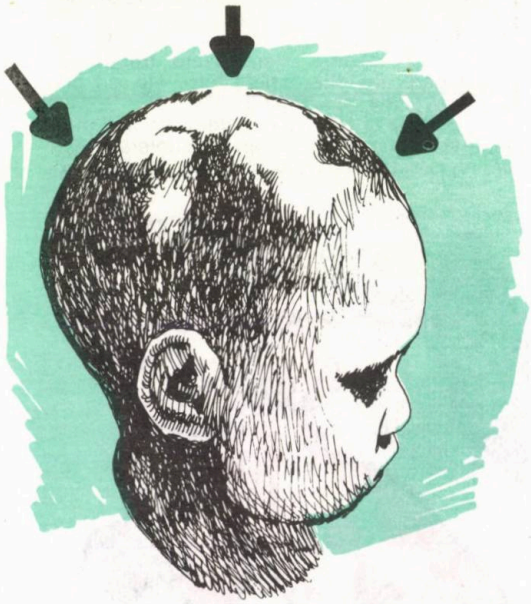
Dacă acestea sînt cele trei mari aspecte sub care se pot prezenta pilomicozele, trebuie făcută o oarecare diferențiere între ele, cu privire la evoluția și urmările lor.

Microsporia și tricofiția se întîlnesc mai mult la copiii de vîrstă preșcolară și școlară. Desigur, nici copilul mic, pînă la 3 ani, nu este ex-

ceptat, dar îmbolnăvirile sînt mai rare decît la copiii din grădiniţe, cămine şi primele clase de şcoală. La pubertate aceste două boli dispar, de regulă, de la sine. În rare cazuri, cînd nu este tratată, tricofiţia poate persista şi după pubertate, mai ales la femei, sub o formă de lungă durată, abia vizibilă cu ochiul liber şi care nu poate fi descoperită decît la o examinare foarte atentă, chiar a specialistului, fiind vorba de o *tricofiţie cronică*. De aceea, cînd într-o familie apar mai multe cazuri de tricofiţie la copii şi, mai ales, dacă acestea se repetă, este uneori util să fie examinaţi şi ceilalţi membri ai familiei, pentru eventualitatea unei tricofiţii cronice rămasă la adult (mamă, bunică etc.).

Dacă la microsporie şi tricofiţie tratamentul duce la recreşterea normală a părului, nelăsînd nici un fel de urme, în cazurile de favus urmările pot fi neplăcute, ajungîndu-se, în caz de netratare, la pierderea completă şi definitivă a părului. Nepăsarea şi lipsa de educaţie sanitară a făcut ca favusul să se transmită din generaţie în generaţie, în cadrul aceleiaşi familii. Astfel de situaţii sînt astăzi, din fericire, la noi în ţară pe cale de dispariţie.

Microsporia şi tricofiţia pielii capului, deşi în scădere însemnată faţă de acum 20—30 de ani, mai dau încă un număr destul de însemnat de cazuri. Dintre ele, microsporia este cea mai contagioasă, ea putînd provoca adevărate epidemii în colectivităţile de copii. Molipsirea se face de la copil la copil sau de la unele animale: pisici, cîini, şoareci. Tricofiţia nu îmbolnăveşte un număr mare de copii deodată, contagiozitatea ei fiind mai redusă.



Forma supurată a bolii, pe care ciuperca o poate produce în pielea capului, e provocată mai ales de speciile de ciuperci cauzatoare de tricofiţii. Îndeosebi ciupercile transmise de la unele animale (viţei, şoareci etc.) la om pot provoca aceste micoze inflamatorii în pielea capului, care, la adult, se pot localiza şi în barbă sau mustaţă. Leziunea constă de obicei din o ridicătură de cele mai multe ori unică, mai mică sau mai mare, roşie, moale la pipăit, cu perii adesea căzuţi. La apăsare lasă să iasă picături de puroi prin orificiile din care s-au eliminat firele de păr.

În ce priveşte *tratamentul* micozelor pielii capului, acesta trebuie condus de medicul specialist dermatolog. E bine totuşi să cunoaştem că el se face de regulă cu un antibiotic antimicotic, *Griseofulvina*. Numărul tabletelor se stabileşte de medic în funcţie de vîrsta şi greutatea corporală a copilului bolnav. La peste 7 ani se administrează, în genere, 4 tablete pe zi. Pielea capului se rade în cursul tratamentului de cîteva ori şi se aplică zilnic şi un tratament local.

Durata tratamentului este de 4—6 săptămîni în cazurile de tricofiţie, 6—8 săptămîni în microsporiile pielii capului şi 4—6 săptămîni în favus. Griseofulvina este, în marea majoritate a cazurilor, bine tolerată de bolnav. Rareori pot apărea dureri de cap, unele erupţii pe piele etc. În caz de intoleranţă va fi anunţat medicul curant. Altfel, medicaţia trebuie luată cu regularitate, zilnic, la orele indicate de medic, în general după mesele principale. Trebuie, de asemenea, respectate indicaţiile privind raderea repetată şi spălarea cu apă şi săpun, precum şi aplicarea tratamentului local prescris.

Medicul va hotărî întreruperea tratamentului şi va permite copilului în cauză să vină din nou în contact cu alţi copii.

Într-o familie cu mai mulţi copii, dintre care unul s-a îmbolnăvit, ceilalţi vor fi fricţionaţi zilnic pe pielea capului cu un lichid dezinfectant indicat de medic, de exemplu alcool iodat 1%. Ca şi copilul bolnav, şi ceilalţi copii vor purta o bonetă izolatoare. Cel mai bun mijloc de a păzi pe ceilalţi copii este tratamentul preventiv tot cu Griseofulvină, în doze indicate de medic. O altă măsură utilă este dezinfectarea obiectelor venite în contact cu bolnavul, cea mai eficace metodă fiind fierberea.

Acestea sînt cîteva cunoştinţe utile în orice familie cu copii, pentru a preveni îmbolnăvirea sau a preveni extinderea şi la alţi copii a micozelor pielii capului, dată fiind contagiozitatea lor.

GREŞELI DE...

— crochete de cartofi cu sos de **morar** (mărar);
— la **căluţul** ochiului (colţul);
— **contractul** (contactul) unor substanţe chimice cu organismul este întîmplător;
— modificarea **unchiului** Hiss (unghiului);
— manifestări de tip **artistic** (artritic);
— tumorile **ulcelelor** (ulcerelor) insulare;
— determinarea fierului din **ată** (apă);
— **craiul** (craniul) normal şi patologic;
— **clemă** (cremă) cu ou la ceaşcă;
— infecţia **trecutului** (tractului) urinar;
— **inconştienţa** (incontinenţa) de urină;
— chistul **didactic** (hidatic);
— oxid de **porumb** (plumb);
— chirurgia **ananasului** (anusului);
— carne de vacă **trasă** (grasă);
— se deschid lojile sublinguale, nefiind suficientă introducerea **pensiei** (pensei) printre fibrele musculare;
— coprocultura poate evidenţia prezenţa unui **german** (germen) patogen;
— bonavului i se făceau masaje şi **fracţii** pe piept (frecţii);
— autorii prezintă progresele realizate în ultimele decenii în perfecţionarea metodelor de **exterminare** (examinare);
— se interzice folosirea sîrmei, care ar putea duce la **gîndirea** (gîtuirea) conductei şi formarea dopurilor de **moral** (mortar);
— este espectată o **raţă** (rată) a **recunoştinţei** (recurenţei) de 25%;
— **casele** (oasele) lungi sînt scurtate şi lărgite;
— moartea survine în primii ani de **aviaţie** (viaţă).

Culese şi selectate de:
IRINA-ROXANA PRĂJESCU

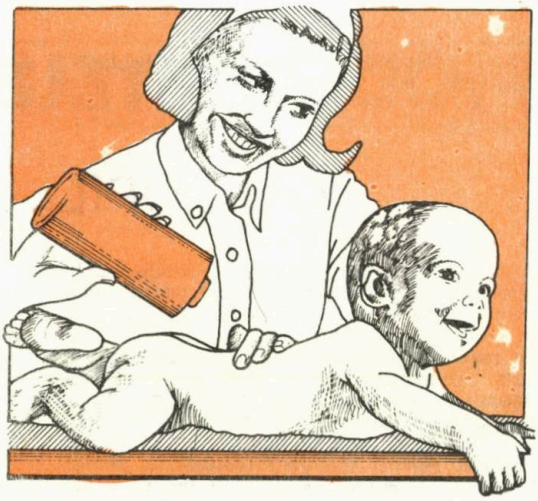
PIODERMITELE LA COPIL

Vîrsta copilăriei este cea mai predispusă la infecţii cu diferite localizări, din cauza mecanismelor de apărare antiinfecţioasă, mai slabe în această perioadă a vieţii. Alături de infecţiile respiratorii şi digestive, şi pielea copilului este predispusă şi receptivă la agresiunile agenţilor bacterieni. Infecţiile care sînt însoţite de puroi sau de exsudat (revărsat cu caracter inflamator), în general, poartă numele de *piodermite*. Agenţii etiologici (cauzali) ai piodermitelor sînt reprezentaţi prin streptococ şi stafilococ. Streptococul este un microb de formă rotundă, grampozitiv (se colorează în roşu cu colorantul Gram), dispus în lanţuri; stafilococul are aceeaşi formă şi afinitate pentru colorant, dar este dispus în grămezi. Piodermitele produse de fiecare din aceşti germeni microbieni îmbracă mai multe aspecte.

Astfel, streptococul dă leziuni veziculoase şi buloase, cum ar fi în *pemfigusul epidemic* al nou-născutului, în care suprafaţa corpului este acoperită de bule (băşici) mari, pline cu un lichid tulbure şi care se rup, lăsînd dermul roz de dedesubt descoperit; tot vezicule, dar mai mici, apar în *impetigo*, dar aici ele se rup repede şi serozitatea din ele se usucă, formînd nişte cruste (coji) galbene, ca mierea, localizate cel mai adesea pe faţă, uneori însă şi pe restul corpului; aspectul lor le-a creat denumirea populară de „bube dulci". Streptococul mai dă eroziuni şi fisuri la pliuri (cutele pielii), cu zemuire pe un fond eritematos (roşu); acestea poartă numele de *intertrigo* şi se pot localiza la pliurile cervicale (ale gîtului), axilare (de la subsuori), inghinale (de la îndoitura coapsei pe abdomen), retroauriculare (îndărătul urechii) etc. Eroziuni mai superficiale poate genera la comisurile bucale (colţurile buzelor), producînd *stomatita comisurală* („zăbăluţa"). În cazuri mai grave, cu igienă corporală deficitară, streptococul poate produce adevărate pierderi de substanţă din piele (ulceraţii cutanate), profunde, cu localizare în special pe membrele inferioare, cu fundul acoperit de secreţie; acest aspect se întîlneşte în *ectima*. Streptococul poate complica alte boli ale pielii, ca *eczema*, modificîndu-i aspectul şi evoluţia.

Menţionăm că streptococul poate pătrunde în vasele limfatice, infectîndu-le (limfangită), şi că poate da şi infecţii cutanate, fără secreţii, cum ar fi *erizipelul*, care este o dermită streptococică nesupurată.

Stafilococul dă în special leziuni cutanate cu puroi. În cazul cînd sînt nişte băşici superficiale şi mici cu un conţinut purulent, este vorba de *foliculita superficială*. Dacă puroiul s-a format în profunzimea dermului, se produc abcese subcutanate, de obicei multiple, cum se întîlnesc deseori la sugari, în special pe



pielea păroasă a capului, dar și în alte regiuni. În cazul în care colecția purulentă se formează în jurul rădăcinii firului de păr (foliculul pilo-sebaceu) se produce *furunculul.* La furuncul există un centru de țesut necrotic (mortificat) și de puroi (țîțîna, burbionul), în jurul căruia se dezvoltă procesul inflamator. Un furuncul mai mare, cu multiple cratere, pe unde apare puroiul la suprafață, este *furunculul antracoid.*

Inflamația purulentă a glandelor sudoripare se întîlnește în special în regiunea axiliară, poartă numele de *hidrosadenită* și este produsă tot de stafilococ. În sfîrșit, la sugarul mic, în special la cel distrofic, cu igienă deficitară, se poate produce o infecție stafilococică a țesutului celular subcutanat, cu caracter extensiv, datorită slabei capacități de apărare, la această vîrstă, și în condițiile menționate, numită *celulita difuză erizipeloidă.* Această afecțiune este astăzi excepțional întîlnită, datorită condițiilor de profilaxie și de îngrijire existente în țara noastră, precum și datorită prezenței antibioticelor.

În ansamblu, deci, piodermitele produc leziuni de aspect și gravitate variabilă, avînd ca element comun determinismul (etiologia) bacterian și drept cauze favorizante igiena corporală deficitară a copilului, rezistența sa scăzută la infecții, precum și unele particularități locale de reactivitate a pielii.

Tratamentul piodermitelor este evident diferențiat, în funcție de agentul microbian și de forma clinică pe care o îmbracă, dar există și cîteva reguli comune:

— dacă leziunile de piodermită apar pe pielea păroasă a capului este obligatorie tunderea regiunii cu foarfeca, cel puțin cîțiva centimetri în jurul fiecărui element de piodermită;

— acolo unde există colecție purulentă, ea trebuie evacuată prin incizie cu bisturiul (efectuată, evident, de medic); există și un vechi aforism latin „Ubi pus, ibi evacuat";

— pe leziunile exsudative (care zemuiec) NU se pun nici pulberi, nici unguente (alifii);

— utilizarea diferitelor frunze sau a altor părți din plante (în special murdare), preconizată de unele persoane, nu poate duce decît la trenarea infecției, fără alt efect;

— băile și spălăturile unor regiuni cu soluție de permanganat de potasiu 1/5 000 — 1/8 000 au efect favorabil, dar numai în caz de leziuni deschise, cu secreție purulentă;

— prișnițele locale cu Rivanol, soluție 1‰, au rezultate optime în leziunile în curs de colectare sau gata colectate și pe regiuni întinse cu fenomene inflamatorii;

— pensulațiile locale cu coloranți (violet de gențiană, soluție apoasă 1%) și cu soluții astringente (apă D'Alibour) sînt recomandate în leziuni zemuinde, crustoase, ulcerații superficiale;

— antibioticele sînt indicate strict la recomandarea medicală, în caz de piodermite cu mare extindere, recidivante, însoțite de alterarea stării generale a copilului sau de febră, în caz de complicații, în special la distanță, în caz de rezistență la toate tratamentele locale încercate; antibioticele vor fi alese în raport cu germenul microbian cauzal;

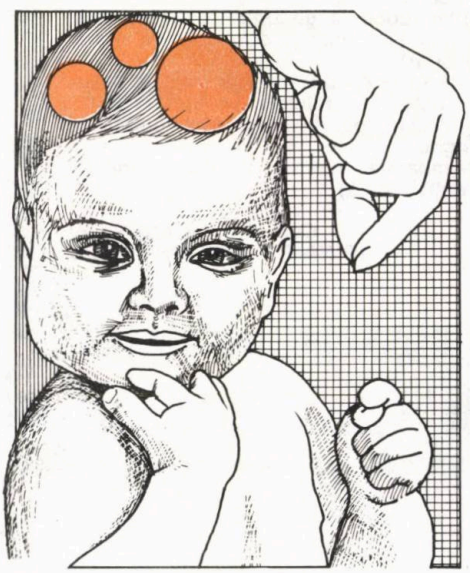
— vaccinoterapia și alte tratamente biologice (autovaccin etc.) se fac, de regulă, la vîrsta de peste 3 ani, la recomandarea medicală și cu toate precauțiile pe care le impune un organism sensibil, ca cel al copilului;

— toate regulile de igienă corporală și de curățenie a îmbrăcămintii trebuie riguros respectate, omiterea lor ducînd la eșecul celorlalte tratamente.

Odată aceste reguli generale de tratament stabilite, trebuie totuși să precizăm, din nou, că — la fel ca în toate celelalte capitole de patologie — a preveni este mai ușor decît a trata. Se evită și traumatizarea copilului, și spitalizări, și timp pierdut prin unități sanitare, și cheltuieli. Pentru prevenirea piodermitelor sînt necesare:

1. Respectarea regulilor de igienă corporală a copilului.
2. Curățenia scutecelor sau a îmbrăcămintii.
3. Evitarea contactului cu persoane care prezintă infecții ale pielii.

În ceea ce privește tratamentul curativ, este evident că el revine medicului, uneori necesitînd spitalizare, alteori putînd fi efectuat la domiciliu sau în policlinică. În diferitele tipuri de



piodermită, tratamentul este, în linii generale, următorul:

1. În impetigo (bubele dulci) se fac pensulații ale leziunilor cutanate cu apă D'Alibour sau cu violet de gențiană, soluție apoasă 1%. Nu este necesar tratamentul general decît în caz de complicații.

2. Intertrigo-ul streptococic și „zăbăluța" beneficiază de același tratament.

3. În pemfigusul streptococic, porțiunile din derm rămase denudate în urma ruperii bulelor se pensulează cu soluție de violet de gențiană și se acoperă cu comprese sterile. Se adaugă tratament general cu penicilină G, intramuscular.

4. În ectima se fac băi cu permanganat de potasiu în soluția menționată, pensulații cu violet de gențiană, învelirea leziunilor în comprese sterile.

5. Foliculitele superficiale și profunde, abcesele subcutanate și furunculul beneficiază de incizie și evacuarea puroiului, după aseptizarea regiunii cu tinctură de iod. Apoi se spală regiunea cu Rivanol, soluție 1‰, sau permanganat de potasiu soluție.

6. Furunculul antracoid necesită, în afara tratamentului local făcut de specialist, antibiotice de tipul Eritromicinei sau Cloxacilinei.

7. Furunculoza recidivantă necesită, pe lîngă tratamentul local, tratament general cu antibiotice sau terapie biologică — anatoxină stafilococică sau autovaccin — care nu se vor face decît la indicație medicală.

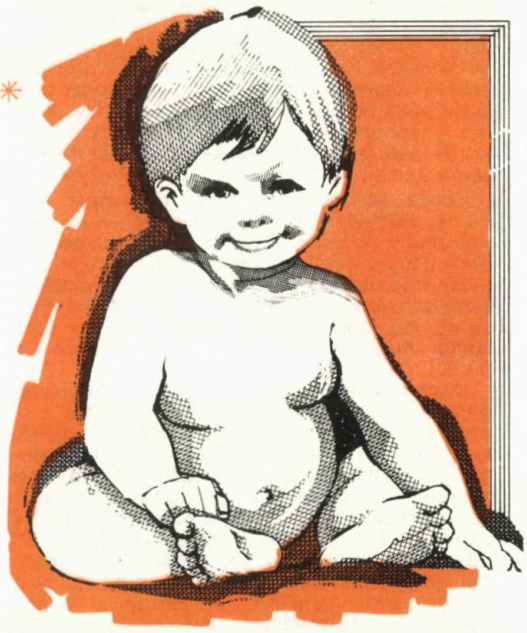
Trebuie subliniat, în încheiere, că tratamentul piodermitelor este o necesitate nu numai pentru boala în sine, ci și pentru complicațiile pe care le poate genera, mergînd, uneori, pînă la septicemie.

Dr. Vladimir Mihăilescu
CLINICA DE PEDIATRIE „FUNDENI"

OBEZITATEA COPILULUI*

și urmările la vîrsta de adult

Conf. dr. doc.
V. PETRESCU-COMAN



În familie se spune adeseori: „Copil gras — copil sănătos și frumos!"...

Studiile medicale infirmă această concepție. Copilul gras, de regulă, nu este un copil sănătos, corespunzător definiției: „Sănătatea este o stare de bine fizic, psihic, mintal și de încadrare socială, nu numai absența bolii" (O.M.S.)... și nici nu este un copil frumos, întotdeauna.

I. *Obezitatea copilului* se evidențiază prin *exces de țesut adipos subcutanat*, datorit tezaurizării de lipide (grăsimi) neutre, ceea ce antrenează *creșterea greutății corporale* cu mai mult de 20% peste greutatea ideală corespunzătoare vîrstei și *modificarea esteticii fizice*, înălțimea fiind de obicei corespunzătoare vîrstei; adeseori coexistă și o *modificare a psihicului* copilului mai mare, „jenat" de înfățișare sa.

La o creștere ponderală cu 10—20% peste greutatea normală pentru vîrstă și înălțime copilul este un *supraponderal* — situație care

*COPIL = FIINȚĂ UMANĂ DE LA NAȘTERE PÎNĂ LA SFÎRȘITUL PUBERTĂȚII (14—16 ANI), CÎND DEVINE ADOLESCENT.

poate fi preludiul viitoarei obezități, dacă nu se aplică măsurile terapeutice indicate pentru a redeveni normoponderal.

1. *Obezitatea simplă* sau *benignă* se poate instala chiar de la vîrsta de sugar și copil mic (1—3 ani), dar și la oricare altă perioadă — preșcolar, școlar, puber, adolescent; mai frecventă la copilul mai mare fiind accentuarea obezității apărute încă din prima copilărie, debutul obezității după 11 ani este mult mai redus.

Obezitatea prepubertară — apărută nu cu mult timp înainte de instalarea pubertății — reprezintă adeseori numai o exagerare — de obicei trecătoare — a depunerii subcutane de grăsime și este oarecum normală la această vîrstă, dar merită să i se dea atenție!

În *obezitatea simplă* sau *benignă,* la sugar și copilul mic, depunerea anormală de grăsime interesează de obicei corpul în întregime; la copiii mai mari poate fi la fel, dar poate fi și limitată la șolduri, fese și coapse (obezitate de tip genoid — femeiesc), sau în jurul umerilor și porțiunii superioare a trunchiului (obezitate de tip android — bărbătesc); alteori la nivelul sînilor — băieții avînd sîni ca fetele, iar acestea sîni foarte mari. La băieți organul genital apare ca foarte mic, fiind ascuns de grăsime. La fete pubertatea se instalează, de multe ori, precoce. Creșterea staturală este de obicei în limitele normalului; rareori este accelerată. Ca urmare a creșterii puternice în greutate picioarele se deformează: apare „piciorul plat" sau „piciorul valg" (curbat în afară), membrele inferioare se deformează în X. Tensiunea arterială este deseori moderat crescută. Unii copii obezi prezintă plăci de aterom — plăci gălbui, rezultînd din depunerea de lipoizi și colesterol în „intimă" (pătura cea mai dinăuntru a arterelor) — semn incipient al viitoarei ateroscleroze.

Cauza principală a obezității simple, benigne, este *alimentația nerațională* — de cele mai multe ori *supraalimentația* cu glucide rafinate (zahăr, produse zaharoase) și lipide animale saturate (unt ș.a.). Frecvent se asociază *sedentarismul:* copilul nu face gimnastică, sport, stă mult timp la televizor, alteori consumă mult timp pentru lecții și lectură (în pat!).

Uneori intervin și *factori stresanți:* neînțelegeri în familie, note „proaste" la școală ș.a., care pot genera la copil o *tulburare psihoreactivă,* care îl determină să caute un „refugiu" în „izolarea" în casă — sedentarism — și în mîncare, cauze de *obezitate psihogenă.* Adeseori și copilul mic este supraalimentat de părinții și bunicii „grijulii ca să nu slăbească"! Întrucît nu devin obezi toți copiii supraalimentați și sedentari, se admite că ar exista și o „predispoziție familială" — părinți și bunici obezi — poate ereditară, încă insuficient precizată.

2. În afară de obezitatea „simplă", „benignă", descrisă anterior, la copii pot exista și alte forme, unele genetice, ereditare, ca: *obezitatea datorită unei tulburări endocrine* sau *unei leziuni hipotalamice,* sau *encefalice,* realizîndu-se „sindroame" care poartă denumiri

specifice fiecăruia. În toate aceste sindroame, la obezitate se asociază variate și numeroase anomalii fizice și neuropsihomotorii caracteristice, iar creșterea staturală este fie redusă (statură scundă), fie puternică (adipozogigantism). Prognosticul este totdeauna grav, iar terapeutica ineficientă sau inexistentă.

Tratamentul obezității simple, benigne, se bazează în primul rînd pe regim alimentar, adeseori greu acceptat și respectat de copil. Medicul indică o *alimentație hipocalorică,* pentru ca obezul să-și consume plusul de grăsime din organism, *hipolipidică* și *hipoglucidică,* deci, calorii, grăsimi, zaharoase și făinoase sub necesarul unui copil normal ponderal, de aceeași vîrstă; lichide mai puține; sare puțină; vitamine A, B complex, C și D, în cantitate normală. Regimul va fi compus — în funcție și de vîrsta copilului — din: lapte de vacă degresat; brînză de vaci degresată; iaurt; carne slabă, fiartă sau friptă; pîine puțină, de preferat intermediară sau graham; senzația de foame va fi potolită cu legume, salate și fructe (care să conțină puțin zahăr, deci fără struguri, pepene ș.a.); sare puțină; lichide (apă) pentru acoperirea nevoilor. Hrana zilnică va fi împărțită în 4—5 mese, 3 principale și între ele 1—2 „gustări" — de regulă fructe. După ce cu acest regim sever copilul a scăzut mult în greutate, pierzînd „suplimentul" de grăsime subcutanată, se adaugă, treptat, cîte puțină grăsime (uleiul de floarea-soarelui, de soia, sau margarina sînt de preferat untului), cartofi, orez și paste făinoase; se mărește cantitatea de pîine, se dă ou — totul sub control regulat, săptămînal, al greutății corporale. Esențial este ca să fie convinși și părinții de importanța dieteticii și să primească și ei alimentație dietetică dacă sînt supraponderali sau obezi, constituind un „exemplu" pentru copil. Este necesară și colaborarea copilului de o vîrstă receptivă la sfaturi. Acest regim alimentar impune o dietetică zilnic calculată, cîntărită și controlată, greu de realizat în familie.

O dietă „particulară" mai ușor de realizat și deseori acceptată de copil, chiar cu plăcere, este următoarea:

REGIM ALIMENTAR (P. BRONICHE)

ALIMENTE „CONTROLATE"

- Ou ..... 1 fel
- Carne, pește ..... 1 fel
- Lapte degresat, sau brînză slabă de vaci, sau brînzeturi slabe, sau iaurt 1 fel
- Zahăr, sau miere, sau bomboane, sau produse zaharoase ..... 1 fel
- Pîine, paste făinoase ..... 1 fel
- Cartofi ..... 1 fel
- Unt sau untdelemn, smîntînă, alte grăsimi ..... 1 fel
- Fructe uscate: smochine, nuci, prune, curmale ..... 1 fel
- Fructe proaspete: struguri, pepene galben, banane ..... 1 fel
- Sare ..... 1 fel

ALIMENTE „LIBERE"

- *Legume și zarzavaturi:* varză, castraveți, ciuperci, fasole verde, mazăre verde, pătlăgele vinete, roșii, ridichi, sfeclă roșie, spanac, sparanghel, țelină, ceapă, praz, salată verde.
- Fructe: cireșe, vișine, fragi, zmeură, lămîi, portocale, mandarine, caise, piersici, mere, pere, pepene verde, afine, coarne, gutui.

Copilul are dreptul la 5 „feluri" pe zi!

Exemplu de meniu

Ora 7: lapte sau iaurt ..... 1 fel
Ora 10: fructe „libere" 0
Ora 13: carne fiartă sau friptă .... 1 fel
pîine („neagră", graham) ..... 1 fel
legume „libere" 0
fructe „libere" 0
Ora 16: fructe „libere" 0
Ora 20: ou fiert ..... 1 fel
pîine ..... 1 fel
legume „libere" 0
fructe „libere" 0

Atenție!

- Din fiecare „fel" sau din „alimentele libere" și din „fructele libere" la masa respectivă mănîncă atît cît dorește!

De reținut!

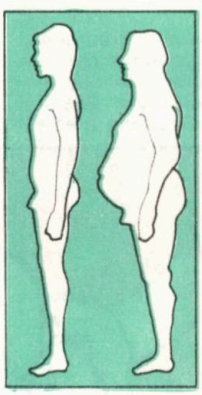
- Fructe „libere" pregătite ca dulceață, gem, compot cu zahăr sau miere ... 1 fel
- Prăjitură pregătită cu făină, grăsime, ou, zahăr ..... 4 feluri
- Carne fiartă sau friptură cu adaos de sare ..... 2 feluri

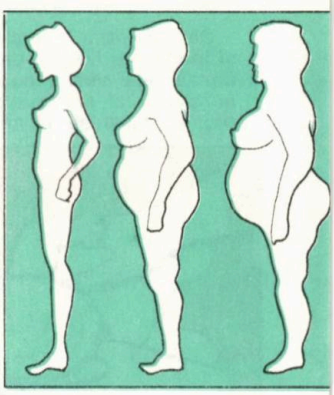
La regimul alimentar este necesar să se asocieze *activitate fizică* — gimnastică, sport, de preferat înot — *mai intensă*. Rareori sînt indicate medicamente care scad apetitul (Gastrofibran, Anapetol ș.a.). Preparate hormonale (tiroidă ș.a.) se folosesc cu totul excepțional. Trebuie totuși reținut că obezitatea instalată la vîrsta copilăriei este greu de combătut, iar recăderi sînt posibile cînd nu se respectă dieta.

Profilaxia obezității simple, benigne, se realizează numai prin alimentație rațională și activitate fizică corespunzătoare vîrstei copilului. Alimentația „naturală" la sîn în primele 3—4 luni „protejează" sugarul de a deveni obez. La introducerea alimentației „diversificate", aportul de zahăr, făinoase (griș etc.) și sare va fi limitat la necesarul pentru acoperirea nevoilor nutriționale normale pentru vîrstă și greutate. Nu se va da sugarului „biberon" ori de cîte ori este „agitat" — agitația avînd și alte cauze, nu numai senzația de foame; nici biberon noaptea „ca să doarmă"! Controlul periodic al greutății!

II. *Obezitatea instalată în copilărie,* dacă persistă, poate avea *la adult urmări,* uneori neplăcute, alteori grave, chiar mortale. Neplăcută este persistența obezității la adult, căruia îi creează *disconfort fizic,* adeseori și puternică *modificare a psihicului, personalității și comportamentului,* necesitînd terapie psihologică. Gravă este *ateroscleroza,* ale cărei leziuni inițiale — ateromul, constituit din copilărie — se transformă ulterior, treptat, în plăci fibroase definitive, dacă factorii care determină apariția și persistența obezității (alimentație nerațională, sedentarism ș.a.) sînt prezenți și la vîrsta de adult, adăugîndu-se, eventual, și alți factori nocivi, ca fumatul, consumul de alcool ș.a. Ateroscleroza devine substratul unor accidente grave, adeseori mortale — coronariene (cardiopatie ischemică, infarct miocardic) și cerebrale (hemoragie cerebrală) — sau invalidante (accidente tromboembolice în organe), accidente care în ultimele decenii sînt din ce în ce mai frecvente, chiar și la adulți mai tineri. Statistici din diferite țări, ca și din țara noastră, apreciază că obezul trăiește cu 10—15 ani mai puțin decît normoponderalul, iar dacă obezul devine diabetic și hipertensiv, speranța de viață — durata medie a vieții — scade și mai mult!

Rezultă, din datele de mai sus, necesitatea imperioasă a profilaxiei și tratamentului obezității infantile (și a adultului).

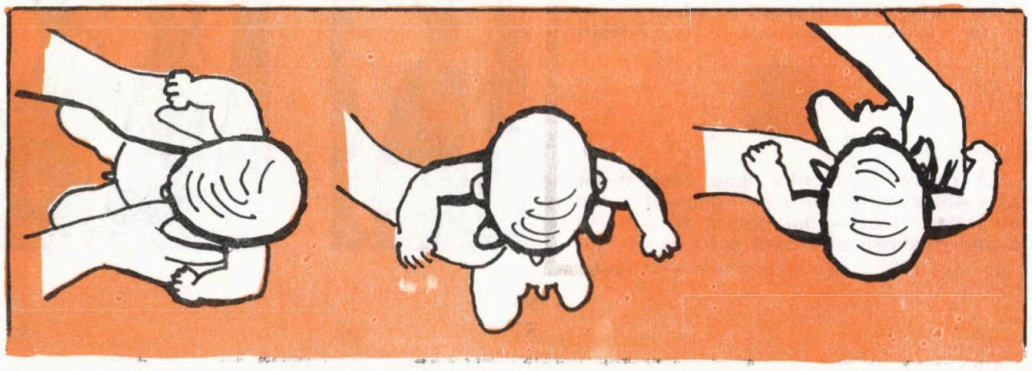




Înălțimea și greutatea băieților și fetelor, între 0 și 16 ani, din mediul urban (media și limite de normalitate). Datele Institutului de Igienă și Sănătate Publică și Laboratorului de Igienă Școlară, București, 1978

Vîrsta	*Înălțimea (cm)*		*Greutatea (kg)*	
	Medie 51,7	Limite de normalitate 49,7—53,6	Medie 3,5	Limite de normalitate 3,1—3,9
		BĂIEȚI		
Nou-născut	51,7	49,7— 53,6	3,5	3,1— 3,9
6 luni	67,6	69,8— 70,4	7,8	7,0— 8,6
1 an	75,3	72,2— 78,4	9,9	9,1—10,8
2 ani	86,2	82,7— 89,6	12,5	11,4—13,6
3 ani	94,8	90,6— 99,1	14,7	13,3—16,1
4 ani	101,0	96,2—105,8	16,1	14,2—18,0
5 ani	108,2	103,2—113,2	18,2	15,9—20,5
6 ani	114,6	109,4—119,8	20,3	17,5—23,1
7 ani	121,5	115,9—127,1	22,9	19,5—26,3
8 ani	126,3	120,3—132,3	25,1	21,1—29,1
9 ani	131,8	125,6—138,0	27,8	23,2—32,4
10 ani	137,1	130,6—143,6	30,7	25,3—36,1
11 ani	141,5	134,9—148,1	33,9	27,8—40,0
12 ani	147,4	140,0—154,8	37,7	30,4—45,0
13 ani	154,0	145,5—162,5	42,1	34,2—50,0
14 ani	161,3	152,4—170,2	49,0	39,7—58,3
15 ani	170,4	163,1—177,7	57,8	48,7—66,8
16 ani	173,6	166,6—180,6	61,5	52,7—70,3
		FETE		
Nou-născut	51,0	49,2— 52,9	3,4	3,0— 3,7
6 luni	66,3	63,4— 69,1	7,4	6,8— 8,0
1 an	73,9	70,9— 76,9	9,5	8,7—10,0
2 ani	84,9	81,1— 88,6	12,1	10,9—13,0
3 ani	93,4	89,3— 97,4	14,1	12,9—15,3
4 ani	100,0	95,1—104,9	15,7	13,8—17,7
5 ani	107,6	102,5—112,7	17,7	15,4—20,1
6 ani	114,3	109,0—119,6	20,0	17,1—22,9
7 ani	120,7	115,2—126,2	22,0	18,5—25,5
8 ani	125,7	119,9—131,5	24,3	20,3—28,3
9 ani	131,2	125,0—137,4	26,9	22,2—31,6
10 ani	136,6	130,0—143,1	30,7	24,7—36,7
11 ani	145,5	135,3—149,7	34,0	27,3—40,7
12 ani	149,6	142,2—157,0	39,9	32,0—47,8
13 ani	154,9	147,9—161,9	44,5	36,3—52,7
14 ani	158,9	152,7—165,1	49,4	41,4—57,4
15 ani	161,7	155,9—167,4	53,4	46,0—60,8
16 ani	164,9	156,2—173,6	55,2	48,1—62,2

Se corelează la vîrsta respectivă greutatea și înălțimea. Dacă a depășit greutatea corespunzătoare vîrstei cu 10—20% este *supraponderal*, iar cu peste 20% este *obez*. Exemplu: un băiat de 14 ani, la o înălțime medie de 161,3 cm, are o greutate medie de 49 kg. Dacă are greutate cu peste 10—20% (53,9—58,8 kg) este *supraponderal*, iar cu peste 20% (peste 58,8 kg) *este obez*.



SFATURI diverse

Anti-medicale şi i-raţionale

Cînd te scoli de dimineaţă
Somnoros şi obosit,
Începe-ţi activitatea
După ce te-ai odihnit!

În excursie cînd pleci,
Într-un grup, cu-acceleratul,
Chiar nefumători de-s toţi,
Tu impune-le fumatul!

O măsea dacă vă doare
E un lucru tare trist —
Încercaţi tot cu calmante,
Nu vă duceţi la dentist!

Dac-aveţi, din întîmplare,
Un mic ulcer la stomac,
Ca să nu vă deranjeze
Adormiţi-l cu coniac!

O tensiune cît mai mare
Dacă-ţi bîntuie-n artere,
Este semn că organismul
Băuturi „gradate"-ţi cere!

O tuse tabagică
I-o amică devotată,
Cu tutun din cel mai tare
Merită a fi tratată!

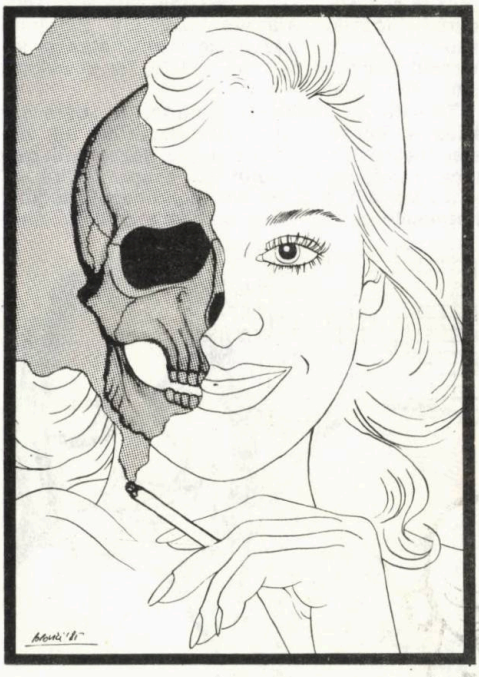
Dac-aveţi rude, amici,
De boli grele încercaţi
— Din pură umanitate —
Nu-i cazul să-i menajaţi!

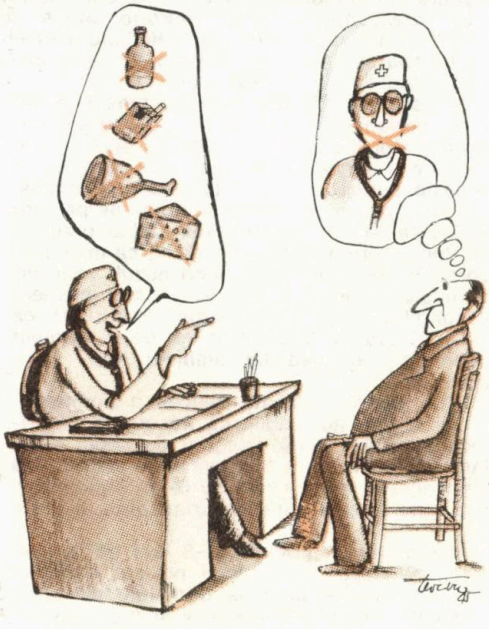
Acelora gripaţi, cu febră
Şi strănuturi repetate,
Le recomandăm plimbarea
Prin locuri aglomerate!

Şi susţinem, sus şi tare,
Că o gripă cît de mare
Nu e caz de izolare.
Ea se duce pe picioare
Şi, după nescrise legi,
Se mai dă şi la colegi!

SOFIA ALEXANDRU

Fără cuvinte





FAMILIA

și copilul handicapat auditiv senzorial

„UN ÎNCEPUT CU SUCCES SFÎRȘEȘTE LUMINOS".
ÎN NICI O ALTĂ ACTIVITATE ACEST AFORISM NU POATE SLUJI CA DEVIZĂ ATÎT DE RODITOARE, CA ÎN CREȘTEREA COPILULUI.

Pregătirea pentru viață a fiului sau fiicei constituie obiectivul de bază pe care trebuie să-l realizeze părinții.

Esențial este ca ei sau persoanele care se ocupă de educația copilului să înțeleagă factorii psihologici care stau la baza acestei măreți activități și scopul pe care îl urmăresc.

Prin educație nu se mai urmărește azi asigurarea unei anumite competiții intelectuale, nici formarea minții, în înțelesul strict al cuvîntului, ci educația este, mai presus de toate, o activitate de formare a omului, pentru a-l face capabil să utilizeze, din plin, inteligența sa și să i se formeze capacitatea de adaptare la situații noi. Înainte de orice, inteligență înseamnă a înțelege și a crea, iar la copii și a imita.

Dezvoltarea inteligenței presupune cultivarea interesului și a curiozității de a cunoaște. În cadrul familiei, formarea inteligenței se desfășoară în două etape: etapa I: 1—2 ani, denumită *inteligență senzorială-motorie;* etapa a II-a: 2—7 ani, cînd se însușește limbajul verbal cu funcția sa semiotică. Acum inteligența devine capabilă de reprezentări.

La deficienții auditiv, această etapă — a II-a — se prelungește pînă la vîrsta de 10 ani, corespunzător claselor I — a III-a — perioada de însușire a limbajului verbal. Este cert că în această perioadă copilul lucrează cu mintea, pentru a deveni conștient de noțiunile pe care le învață sau le construiește. Calea naturală de deprindere a limbajului verbal, ca mijloc de comunicare a mesajelor, fiind auzul, vom împărți studiul în două etape, al căror element despărțitor este însuși auzul, identificat ca existent sau nu la copil, în rol de instrument depistator al mediului ambiant sub latura acustică.

Cînd devine evidentă deficiența auditivă?

Cercetările au stabilit că trăsăturile biopsihice ale celor două categorii de copii, cu și fără auz, care par a fi comune, se extind pînă cînd aceștia ating vîrsta de 6—8 luni. Uneori depășesc această limită, durînd pînă la peste un an.

În general, în primele 4—8 luni de la naștere, manifestările copilului nu pot constitui indicii grăitoare care să dezvăluie părinților existența handicapului auditiv al copilului lor, dacă acesta există.

a. Mișcări expresive și semne de viață normală se observă la toți copiii, indiferent dacă sînt sau nu afectați de vreo deficiență senzorial-auditivă. Și copilul cu auzul afectat de deficiența auditivă plînge cu zgomot, propulsează buzele ca pentru vorbire, face mișcări de apărare cu capul, caută să se ridice, să apuce cu mîna, mișcă picioarele, pedalînd în aer etc.

b. De asemenea, se bucură cînd mama surîde sau se apropie de el, îl hrănește sau îl mîngîie. Se întristează cînd se depărtează și-l lasă singur. Cînd este provocat, manifestă expresii mimice emoționale de plăcere sau durere.

c. Mugurii dezvoltării intelectuale apar la copii, în general, cînd aceștia încep să cunoască și să recunoască persoanele care îi îngrijesc, precum și lucrurile din preajma lor. Aceasta semnifică memorarea ideilor și gîndurilor la această vîrstă și la copiii fără auz. Apucarea jucăriilor atîrnate deasupra pătuțului sau căruciorului dovedește curiozitatea și interesul copilului de a cunoaște, fie el auzitor sau handicapat.

Trăsăturile psihice comune, la care se adaugă numeroase alte particularități ale vîrstei fragede, sînt mărturii ale dezvoltării psihice și înrîuririi mediului, atît asupra unora, cît și a celorlalți, auzitori sau handicapați auditiv. Impresiile culese din puzderia stimulilor, care

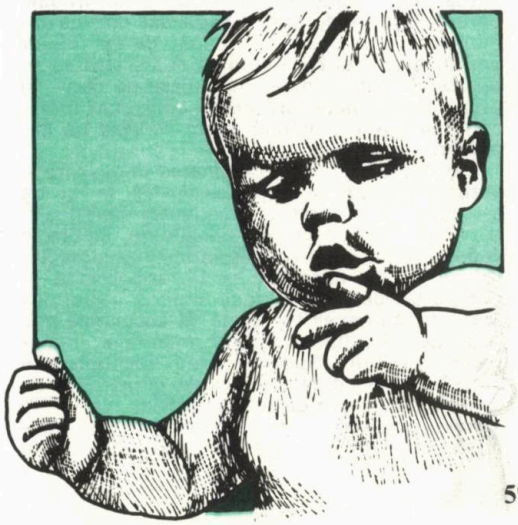
acționează din exterior asupra organismului uman, diferă cantitativ, calitativ și felurit, după natura obiectelor stimuli și specificitatea și calitatea modalităților de recepționare. Bunăoară, excitația stimulilor optici va produce, ca efect, senzații vizuale brute, fine sau extrafine, după gradul ascuțirii acuității simțurilor. Handicapații auditiv, grav afectați, sînt lipsiți de senzațiile acustice de intensitate medie (natură normală), fină și extrafină. La handicapații auditiv, funcționarea ceasului este marcată, în reprezentarea sa, de urmele senzațiilor optice produse de mișcarea minutarelor, în vreme ce la auzitori, prin senzațiile acustice ale tic-tac-ului său.

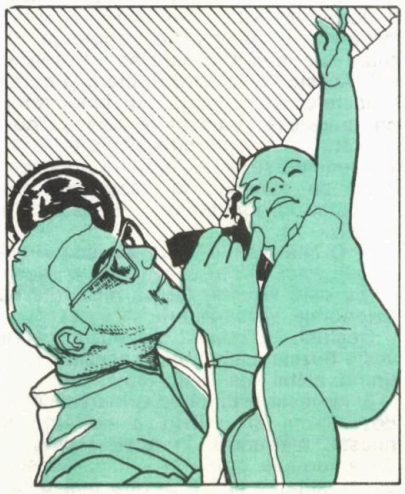
Percepțiile, la această categorie de copii — auzitori —, rezultă din contopirea senzațiilor vizuale, uneori și ale celor tactilo-vibratile. Handicapații auditiv își formează însă percepțiile și își construiesc noțiunile bazîndu-se pe senzațiile vizuale, condiționat asociate însă cu cele tactilo-vibratile.

Mai dramatic apare cînd mama, cu vocea ei plină de duioșie, se adresează copilului cu dezmierdătoare cuvinte, iar el, la toate acestea, rămîne insensibil, ca și cum nu l-ar afecta cu nimic. De astă dată, apare nedumerirea mamei. Ca o avalanșă, îi vin în minte, acum, numeroase alte probe, care converg spre aceeași prezumție, anume că fiul ei s-ar putea să fie surd. Astfel își amintește că nu întoarce capul la chemări și strigăte. O urmărește numai cu privirea cînd se depărtează de el și este atent la mișcările buzelor cînd îi vorbește. Bănuiala devine certitudine prin examinarea medicală efectuată de specialist.

Ca urmare a acestei descoperiri, o schimbare survine în atitudinea și comportarea mamei. Spre fericirea copilului însă, dacă putem spune așa, și în dezavantajul problemei în sine — educația copilului — mama i-a administrat pînă acum un program de educație ca unui copil cu auz normal. Acum deci, după ce surzenia copilului a devenit elocventă, rolul surdologului apare cu necesitate.

Nu dorim ca prin cele ce le vom arăta în continuare să sugerăm o teatralizare mamei și familiei, în sensul de a-și păstra calmul și a nu da de înțeles că s-ar petrece ceva deosebit.





În interesul copilului, în primul rînd, și al bunei desfășurări a procesului educativ în familie și în școală, este pedagogic ca din tot ce face parte din activitatea de îngrijire și educare a sa — timpul și eforturile ce-i sînt afectate etc. — și nimic din cele ce-i aparțin să nu se sustragă sau să se diminueze în vreun fel.

Decalajul dezvoltării psihicului copilului auzitor, față de cea a deficientului auditiv, s-a putut observa cu ocazia imitării sau nonimitării vocii sau cuvintelor exprimate de mamă.

Teoria că ar exista un paralelism între dezvoltarea psihicului copilului cu auzul deficitar și cea a celui cu acest analizator normal a fost infirmată de cercetările psihofiziologice.

Rolul auzului, cu funcția sa de avangardă a psihicului, nu poate fi ignorată. Handicapatului auditiv nici un zgomot nu-i dă de veste, pentru a fi atent să perceapă cele ce urmează. Totul la el se petrece prin surpriză, cu atenția „aiurea" și astfel cele mai multe perceperi îi scapă fără urme.

Surditatea, deci, reprezintă un obstacol serios, cu care copilul are de luptat toată viața, dar acest obstacol nu este de neînvins. Cum am arătat, pînă la depistarea deficienței copilului (la vîrsta de 6—8 luni) i se aplică același tratament. Dragostea manifestată prin privire, gesturi, mină, voce, cuvinte etc. îi este de folos și handicapatului auditiv. Ceea ce se adresează văzului îi este și lui accesibil. Și el, la rîndul său, ia cunoștință de existența limbajului verbal ca mijloc de comunicare, pe care, prin asocierea imaginii vizuale fonolabiale (mișcările buzelor) cu obiectul — fenomenul sau acțiunea — îl înțelege și îl învață. Limbajul verbal îl umanizează, îl socializează. La această vîrstă se pun bazele citirii labiale, singurul mijloc de recepționare a informațiilor, mesajelor verbal-orale de pe mișcările aparatului fonator.

Acestui copil lipsindu-i auzul — calea normală de însușire a limbii — este necesar ca unor persoane din jurul său să li se facă cunoscute unele din elementele componente principale ale procesului de instruire și educare.

1. Ca regulă generală, care condiționează succesul activității de instruire și educare a deficientului auditiv, ce trebuie să fie respectată, este modul în care se adresează vorbitorul. Acesta, cu o vorbire clară și corectă, indicînd totodată obiectul sau fenomenul, trebuie să privească subiecții în față, avînd grijă ca aparatul său de vorbire să fie perfect luminat. Procedîndu-se astfel, copilul sudează cuvîntul auzit cu obiectul, în cazul auzitorului, sau imaginea lui fonolabială, în cazul deficientului auditiv.

2. O altă mențiune: la această vîrstă se pun bazele unei vorbiri spontane, cu recepționarea ei pe cale vizuală, de pe mișcările buzelor și fizionomia vorbitorului.

Dealtfel, și copilul cu auzul nealterat privește buzele mamei, cînd aceasta vorbește, reținînd astfel mai ușor cuvintele.

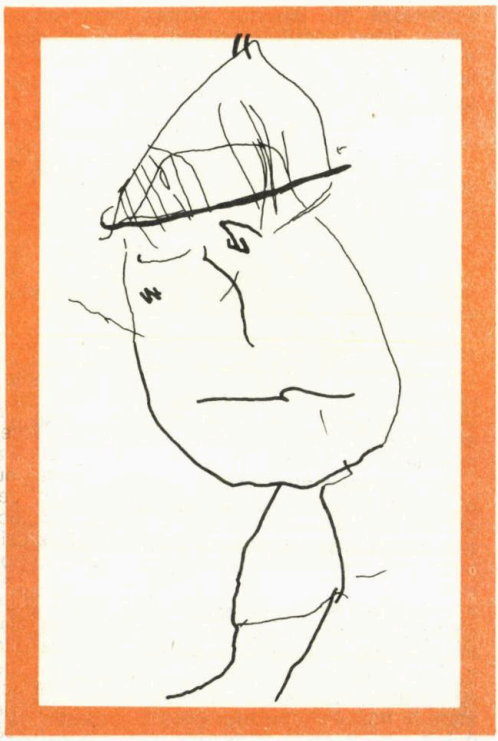
3. Necesar este să se urmărească inițierea și dezvoltarea în individ a dorinței de a cunoaște, oferindu-i, în același timp, libertatea de a formula opinii și critici. Acestea fac ca personalitatea lui să devină mai dinamică, iar contactul său cu noile exigențe să-i dezvolte abilitățile și să-i mobilizeze eforturile pentru a le rezolva. Pentru a fi luate în considerare, abilitățile însă trebuie să fie incluse în personalitate, nu ignorate, cum se procedează de obicei.

La copilul de 3—6 ani, simțurile se află în perioada de formare și corespund cu creșterea fizică rapidă și cu formarea activității psihice senzoriale. Atenția la această vîrstă este atrasă de stimulii privind forma, culoarea, mărimea lucrurilor, nu rostul lor. De aceea, în această perioadă trebuie să dirijăm metodic stimulii senzoriali, pentru ca senzațiile să se dezvolte rațional și astfel să se poată pune bazele edificiului necesar pentru construirea unei mentalități pozitive la copil.

Handicapatul auditiv, pentru a învăța citirea vorbirii de pe mișcările buzelor, trebuie să dobîndească o capacitate vizuală cu acuitatea ascuțită, pentru a distinge cuvintele purtătoare de idei. Dezvoltarea capacității funcționale a simțurilor nedegradate merge în direcția creșterii sensibilității diferențiale, nu în a celei absolute. Aceasta constă în elaborarea inhibiției de diferențiere, care asigură efectuarea de distincții extrem de fine, necesare în special handicapaților auditiv pentru recepționarea, de pe mișcarea buzelor, a mesajelor transmise verbal-oral. De asemenea, acuitatea tactilo-vibratilă și cea a sensibilității kinestezice sînt de mare importanță pentru dezvoltarea psihică a handicapaților auditiv și a celor vizual. Secretul pregătirii copiilor surzi, pentru însușirea limbii și a cunoștințelor, constă tocmai în dezvoltarea sensibilităților rămase nealterate.

Educația fiziologică, deci, pregătește direct educația psihologică, perfecționînd organele simțurilor și căile nervoase ale proiecției și cele ale asociației. Pentru aceasta este necesar ca educația să înceapă imediat după naștere, aplicîndu-se programul corespunzător, prezentat la începutul articolului, și să se pună temei în etapa de la 3—6 ani, ca fiind cei mai propice ani de dezvoltare a simțurilor.

Capacitatea funcțională a organelor de simț se dezvoltă în activitate, urmărind însă aspectul ei interior, ca efort omenesc.



Desenul constituie încă un mijloc important de dezvoltare intelectuală și coordonare a mișcării **(desen executat de un copil în vîrstă de 2 ani și 9 luni — Cristina M.).**

Mîna este instrumentul expresiv al inteligenței umane. Ea este organul minții. Copilul, care este cel mai mare observator spontan al naturii, simte, fără îndoială, nevoia de a avea la dispoziția sa un material asupra căruia să lucreze. Să i-l oferim!

Copilul este într-o mișcare continuă. El simte nevoia de a se mișca. Mișcarea este, prin urmare, esențială pentru viață. De aici decurge importanța educației, care nu trebuie considerată moderatoare sau, mai rău, ca inhibitoare a mișcării, ci numai ca un ajutor pentru a cheltui bine energia și a o lăsa să se dezvolte normal. Impresiile culese de copii, în primii ani ai vieții lor, atunci cînd erau foarte activi și ageri la minte, acum servesc ca impulsuri la acțiune.

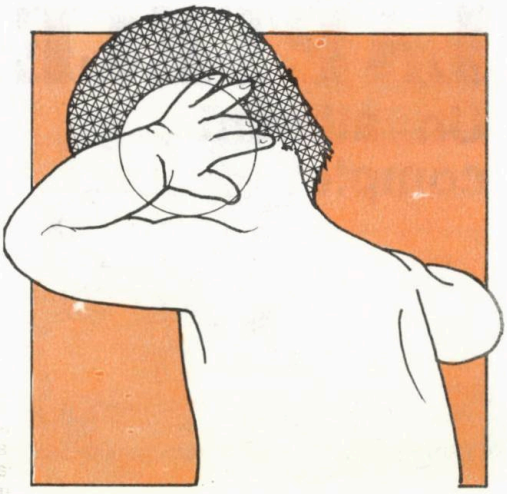
Dar copilul nu are îndemînarea în mișcare și vorbire, pe care ar trebui să o aibă. În loc de a-l lăsa la discreția experienței personale, plină de erori și eforturi obositoare, făcute în vederea unui scop ascuns în instinct și neclar în conștiință, mișcările să fie statornicite în comportamente. Activitatea motorie trebuie să aibă un scop și să fie legată de activitatea psihică: de dezvoltarea atenției, memoriei, imaginației, gîndirii, de activizarea vocabularului etc. Se recomandă jocurile de construcții de tot felul, cu piese de diferite mărimi, cu forme simple, colorate viu și nu greoaie. Să fie contrastante pentru a stabili, după aceea, din

mulțimea lor, asemănarea, apoi diferențierea, în mod gradat, mergînd treptat, de la relevante, pînă la fine și foarte fine. Așa trebuie procedat cu văzul la handicapații auditiv, cu auzul la cei cu auz înclinați spre muzică și la nevăzători ș.a.m.d.

Există o strînsă legătură între mișcare și inteligența setoasă de învățare. În prima copilărie ne aflăm în faza inteligenței senzorial-motorie. Odată cu însușirea limbii apare și funcția ei semantică, adică inteligența capabilă de reprezentări (2—7 ani).

Dezvoltarea inteligenței, presupunînd cultivarea interesului și a curiozității, determină sarcina ce îi revine mediului social de a se îmbogăți în incitări, cînd inteligența va cunoaște o dezvoltare mai accentuată, prin învățare.

Disciplina. Prin educarea mișcării, propriu-zis a mîinii, se ajunge la o disciplinare a mișcării, pe calea indirectă a activității în muncă. Manifestarea unei mișcări fără încetare și dezordonate este o lipsă de disciplină a mișcării. Copiii care se mișcă dezordonat nu sînt cei care nu au învățat să se miște, ci cei care suferă de foame mintală. Nu cu porunci se poate pune ordine în sistemul complex psihic muscular al unui individ în evoluție. O poruncă nu ar produce niciodată minunata cucerire a unei voințe unite. În cazul unui copil mic este vorba de a ajuta evoluția sa naturală, motilitatea voluntară. Activitatea, care dezvoltă voința, se construiește pe un ansamblu de motive. Pornim de la a antrena copilul la acțiuni menite să ajute părinții în gospodărie (adusul apei, așezatul tacîmurilor pe masă etc.). Nu urmărim prin aceasta rezultatul muncii în sine, căci acesta nu se poate obține, ci angajarea conștientă a copilului la asemenea



activitate, care îi produce satisfacții. Dorința de a lucra sporește, dacă este apreciat, apreciere ce nu trebuie să lipsească cînd acțiunea se desfășoară în bune condiții.

Tăcerea. Legată de disciplinarea mișcării este tăcerea, care nu înseamnă suspendarea unui zgomot. Poate fi înțeleasă și în mod pozitiv, ca o stare superioară ordinii normale a lucrurilor. Ea apare ca o inhibiție instantanee, care constă într-un efort, o încordare de voință și care ne îndepărtează de zgomotele vieții obișnuite, ca și cum ne-ar izola psihicul de chemările din afară. Este bine cunoscut faptul că exercițiile senzoriale sînt însoțite de mișcări. Din acest motiv utilizăm, din belșug, aplicarea metodei cultivării simțului stereognostic. Cînd ne mișcăm, atingînd un lucru, două senzații se contopesc: musculară și tactilă. Se ajunge la „impresia mișcării", dar și la „cunoașterea" unui obiect.

Această cunoaștere poate integra și pe cea vizuală, dînd obiectului o exactitate mai concretă.

Surdomuții, cînd învață emiterea sunetelor și citirea labială, văd pozițiile și mișcările organelor fonatoare, le pipăie pentru a percepe vocea, prezența sau absența vibrațiilor și simt și mișcarea propriilor lor organe cînd imită pronunția. De aici se desprinde necesitatea de a nu opri copiii să pipăie obiectele. Mai mult, să-i invităm să o facă, cînd ei stau retrași.

Prof. C. Manolache
SPECIALIST ÎN SURDOLOGIE

LAPTELE

Un aliment complet

Laptele este produsul normal de secreţie a glandelor mamare în activitate. Este un aliment complet, care conţine toţi factorii de nutriţie şi de aceea el nu trebuie să lipsească din meniul nici unei zile, fiind indispensabil pentru menţinerea sănătăţii, atît a copiilor, femeilor gravide, adolescenţilor, cît şi a oamenilor mai vîrstnici.

Compoziţia chimică a laptelui variază în funcţie de rasa, vîrsta, perioada de lactaţie, starea de alimentaţie a animalului şi de condiţiile mediului ambiant. De pildă vara, cînd animalele (vacile, oile, caprele etc.) stau mai mult la soare şi consumă furaje verzi, vitaminele A şi D sînt în cantităţi mai mari în lapte decît în restul anului.

Ca şi derivatele lui (brînzeturile, untul etc.) laptele ne furnizează din belşug vitamina A (gata formată), vitaminele D, complexul B (în special B_{12}), E, K etc. De asemenea, laptele conţine, în afară de proteine, glucide şi lipide, şi substanţe minerale, calciu, fosfor, sodiu, potasiu, clor etc., ca şi fier, magneziu, cupru, fluor, în cantităţi mai mici. Datorită acestor elemente, laptele are o acţiune mineralizantă pentru tineret şi antidecalcifiantă pentru adult şi vîrstnic. De reţinut este faptul că raportul dintre calciu şi fosfor este supraunitar, fiind asemănător cu cel existent în ţesutul osos. Acţiunea mineralizantă a laptelui se datoreşte cantităţii mari de fosfor, calciu, cît şi condiţiilor optime realizate de el pentru ca absorbţia şi fixarea acestor elemente minerale să fie făcută în schelet şi dinţi. Aceste două elemente importante se află alături de vitamina D naturală (D_3), lactoză şi proteine, care au proprietatea de a mări atît proporţia de calciu absorbant din intestin, cît şi depunerea fosfatului de calciu în schelet.

Laptele împreună cu derivatele sale reprezintă în alimentaţia nou-născuţilor, ca şi în cea a viitoarelor mame, o sursă importantă de calciu. Se subliniază faptul că alimentaţia naturală îşi dovedeşte superioritatea prin beneficiile de ordin nutriţional. De pildă, proporţia optimă a factorilor nutritivi în raport cu nevoile şi posibilităţile digestive ale sugarului, din punct de vedere imunologic, constituie un aport important de anticorpi şi alţi factori imunitari. Toate concură la acelaşi rezultat: creşterea normală în greutate a sugarului şi menţinerea stării de sănătate, argumentul cel mai elocvent al unei alimentaţii naturale corecte. Este de reţinut faptul că eronat unele mame pretind că „nu suportă copilul laptele matern", fapt care le determină, cu multă uşurinţă, să renunţe la alimentaţia naturală. Nu trebuie uitat că alimentaţia naturală a sugarului presupune răbdare, înţelegere şi dăruire.

Lipsa laptelui din alimentaţia copiilor, ca şi din cea a femeilor în perioada maternităţii, duce la tulburări inevitabile în structura minerală a ţesutului osos.

La sportivi, datorită eforturilor fizice, se măreşte mobilizarea calciului din schelet şi se accentuează pierderea lui prin transpiraţie; astfel nevoia de a consuma lapte este evidentă şi justificată. O dietă săracă în lapte şi produse lactate duce la apariţia binecunoscutelor crampe musculare.

Conţinutul în proteine al laptelui este de 3,5%, ceea ce îi conferă o valoare biologică mare, contribuind astfel, într-o măsură însemnată, la creşterea şi menţinerea în stare optimă a ţesuturilor.

Grăsimile (lipidele) care se găsesc în lapte, în proporţie de 3,6%, sînt uşor digerabile şi deci absorbite cu uşurinţă, datorită faptului că se află sub formă emulsionată.

Glucidele (zaharurile) pe care le conţine laptele în proporţie de 4,8%, mai ales sub formă de lactoză (dizaharid uşor fermentascibil), fac ca acest aliment să fie diuretic şi laxativ.

În cazul unei hipoacidităţi, adică atunci cînd cantitatea acidului clorhidric în stomac este mai mică decît normal, laptele dulce trece mai repede în intestin, provocînd tulburări digestive determinate de lactoză (diaree şi balonări, însoţite de dureri abdominale). Pentru preve-

nirea lor este indicată utilizarea carbonatului de calciu.

Datorită alcalinității sale, laptele neutralizează aciditatea sucului gastric, avînd un efect antiacid în boala ulceroasă; în felul acesta contribuie la vindecarea ei. De asemenea, laptele se mai utilizează, cu foarte bune rezultate, ca antidot în scop curativ în intoxicații cu substanțe chimice, arsuri etc.

Datorită valorii nutritive ridicate, laptele mărește puterea de apărare și rezistența organismului față de agenții patogeni. Datorită acestei însușiri el este considerat ca „aliment de protecție". Bolile infecțioase, în general, și tuberculoza, în special, apar mai rar la persoanele care consumă lapte și derivatele lui.

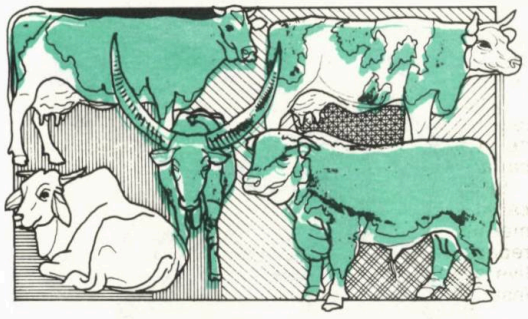
Laptele este un aliment ușor digerabil, cu condiția să fie înghițit în cantități mici și să nu fie băut ca apa. Ajuns în stomac, sub influența acidului clorhidric se coagulează. De aceea, unele persoane care prezintă tulburări digestive este bine să-l utilizeze amestecat cu ceai sau în diferite alte preparate (griș sau orez cu lapte, papanași etc.), pentru a împiedica coagularea lui bruscă. Timpul de rămînere în stomac este relativ scurt, de aproximativ 1,5—2 ore pentru 200 ml.

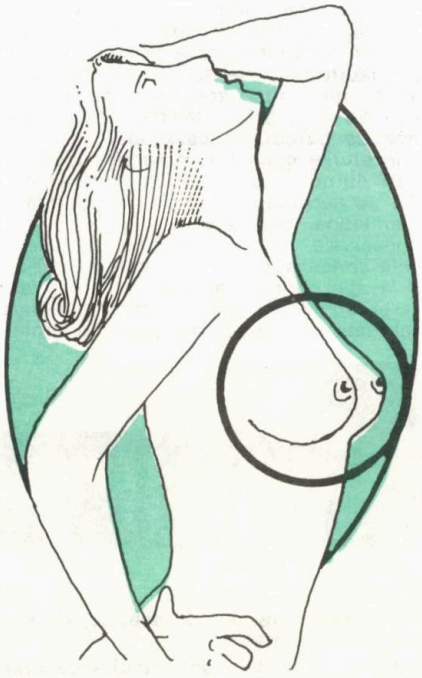
Pe lîngă multiplele sale calități, laptele prezintă și unele dezavantaje, ca de pildă acela de a conține clorură de sodiu (sare de bucătărie) în proporție destul de mare, de 1,6—1,7 g/l, ceea ce-l face contraindicat în regimurile hiposodate sau desodate (în afecțiuni renale sau cardiovasculare).

De asemenea, fiind sărac în fier, în cazul unui consum unilateral, predispune la anemii feriprive.

Prin fierberea laptelui, evident, o parte din vitamine se distrug. De aceea este indicată acoperirea vasului în timpul fierberii, pentru a nu fi în contact cu acțiunea distrugătoare a oxigenului din aer și a luminii. La suprafață se adună caimacul, format dintr-o peliculă de lactoglobulină, în care se înglobează o parte din grăsime (unt). După o fierbere mai îndelungată, apare un cerc galben în jurul vasului în care a fiert laptele, ca urmare a caramelizării lactozei.

Laptele nefiert conține o serie de bacterii care la temperatură ridicată se înmulțesc și produc o fermentație acidă, prin transformarea lactozei în acid lactic. Aceasta coagulează cazeina și astfel laptele devine acru. Acidul lactic ajuns în organism frînează dezvoltarea florei de putrefacție, acționînd astfel ca un antiseptic intestinal. Produsele lactate acide





(iaurtul, kefirul etc.), datorită microorganismelor pe care le conțin, sintetizează unele vitamine din grupul B. De aceea, în cazul tratamentului cu antibiotice, luate pe cale bucală, medicii recomandă, de obicei, și consumarea iaurtului și a vitaminei B (separate sau împreună), fiind cunoscut faptul că acidul lactic din laptele bătut sau iaurt acționează ca un antiseptic intestinal.

Laptele, acest aliment excelent, este un mediu prielnic dezvoltării multor microorganisme care-l pot contamina, dacă nu se iau măsuri corespunzătoare de igienă. Astfel, se pot transmite microbii multor boli, fie de la animalele producătoare de lapte (bruceloză, tuberculoză, febră aftoasă, salmoneloză etc., și chiar virusul turbării, dacă consumatorul are răni recente pe buze sau în gură), fie de la omul care îngrijește animalele sau manipulează laptele, dacă acesta este purtătorul unor boli cronice (hepatită epidemică, poliomielită, febră tifoidă, dizenterie, difterie, holeră etc.).

În țara noastră, datorită grijii deosebite manifestată de organele sanitare față de oamenii muncii, aceste probleme sînt pe deplin rezolvate. În comerțul de stat se vinde numai lapte provenit de la animalele sănătoase, iar întreaga gamă de manipulări, de la colectat, centralizat, controlat, filtrat, pînă la pasteurizat și îmbuteliat, se face în condiții igienice perfecte.

După cumpărare, fierberea și răcirea lui imediată, ca și păstrarea într-un vas acoperit, la frigider, sînt obligatorii.

În ceeea ce privește valoarea alimentară a unui litru de lapte, aceasta este relativ mică, de aproximativ 670 de calorii; deci o cană de 250 ml are valoarea calorică de circa 167.

Prin diferite procedee de prelucrare a laptelui se obţin produse lactate acide, dintre care cele mai frecvent folosite la noi sînt laptele bătut, iaurtul, laptele acidofil şi chefirul, precum şi un bogat sortiment de brînzeturi: brînză de vaci, brînză telemea, brînză topită, brînză de burduf, caşcaval etc.

Brînzeturile constituie o sursă excelentă de factori nutritivi, cu valoare biologică ridicată.

Tot ca derivate ale laptelui menţionăm: untul, smîntîna, urda etc.

Conservele de lapte sînt reprezentate de *laptele condensat,* obţinut prin eliminarea parţială a apei, urmată de pasteurizare şi sterilizare, şi *laptele praf,* obţinut prin deshidratarea accentuată a laptelui integral sau smîntînit, astfel încît produsul finit să ajungă la un conţinut de numai 4—6% apă.

Este bine de ştiut că laptele praf după preparare are aceleaşi calităţi ca şi cel obişnuit. Proporţia este de 100 grame lapte praf la un litru de apă. După fierbere rezultă un litru de lapte lichid.

Laptele şi derivatele sale formează o sursă de sănătate şi vigoare fizică. Acest aliment de origine animală, prin valoarea sa nutritivă, este şi va rămîne unul dintre componentele de bază în alimentaţia omului de toate vîrstele.

ILEANA ŞERBĂNESCU-BERAR
Specialistă în nutriţie şi dietetică

DIRECTE ŞI INDIRECTE

• Cu ochii buni vezi de departe; cu mintea ageră vezi departe.

• Bolnavul în faţa doctorului este precum inculpatul în faţa avocatului.

• Vîrsta de aur este aceea de la care omul începe să ruginească.

• Cu cît mai mulţi kilometri pe jos, cu atît mai puţine kilograme.

• Prefer fruntea încreţită, celei încruntate.

• Visarea ţi-o poţi alege; visul nu.

• Lăcomia este specifică sătulului.

• Prostia e spontană; nu cere timp de gîndire.

• Faptul că zece inşi tremură lîngă mine nu mă răcoreşte.

• Să mă întorc în urmă cu treizeci de ani... dar cu „bagajul" de acum!...

• Ar fi un băiat bun, zise fata, dacă n-ar avea sistemul... nervos.

• Degetul mare n-are slăbiciunile inelarului.

• Prisosul este obezitatea necesarului.

• Mai bine ars de soare decît nevăzut de el.

• Cel care suferă de boala invidiei nu ia medicamente.

• Cele mai mari greşeli sînt acelea pe care, deşi ţi le iartă altul, nu ţi le ierţi tu.

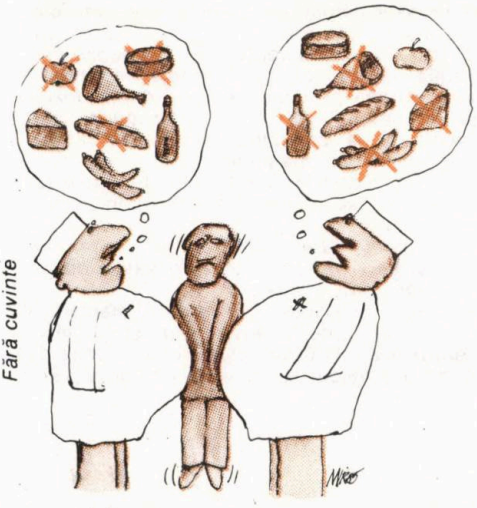
• Frumuseţea e mută; inteligenţa e activă.

• Viaţa e frumoasă doar pentru cine o iubeşte.

• Cîtă vreme încă mai merg, merge.

ARISTOTEL PÎRVULESCU

Fără cuvinte



LEACUL

Un cetățean cam cherchelit,
Pășind greoi și-mpleticit,
Desigur nu a observat
Cînd pe o greblă a călcat.
Iar coada greblei - ați ghicit -
Direct în frunte l-a lovit,
Că se-alese dumnealui,
C-un gogeamite cucui.

O vecină șugubeață,
Ce era atunci de față,
Zîmbind, i s-a adresat:
„Să-ți freci locul vătămat,
Cu rachiu, ne-ntîrziat!
Și-ți va trece - a spus muierea -
Și cucuiul, și durerea."

A doua zi l-a întîlnit
Pe cetățean tot cherchelit
Și, curioasă, l-a-ntrebat:
„Sfatul mi l-ai ascultat?"
„Încercai - răspunse el -
Dar nu reușii defel,
Ca să vezi încurcătură,
N-am putut să duc paharul
Nici un pic, mai sus de gură!..."

Ing. I. NEGREANU

În ajutorul gospodinelor

DIN secretele bucătăriei dietetice

LEGUMELE trebuie spălate într-un timp scurt. Prin spălare îndelungată se pot pierde cantități importante de vitamine hidrosolubile (care se dizolvă în apă), ca de pildă: vitaminele C, B_1, B_2, B_6, PP etc. Tot din același motiv legumele trebuie pregătite cu puțin timp înaintea prelucrării, deoarece păstrarea lor în aer sau în apă duce la degradarea și distrugerea unor factori nutritivi.

Prin prăjire excesivă se pot distruge unele dintre calitățile prețioase ale legumelor, ca de pildă vitaminele. De asemenea, produsul devine nociv, datorită grăsimii prăjite.

Fierberea sub presiune, în vase speciale, și fierberea înăbușită sînt cele mai indicate, întrucît astfel se evită distrugerea vitaminelor și se conservă maximum de substanțe nutritive. Fierberea normală a legumelor este bine să se facă prin introducerea acestora direct în apă clocotindă, scurtînd astfel considerabil timpul de contact între aliment și apă, fapt ce duce la o mult mai mică distrugere de vitamine. De asemenea este contraindicată tăierea alimentului în bucăți prea mici, înaintea fierberii, ci numai după terminarea ei, deoarece astfel, în apa de fierbere se pierd mai puțini factori nutritivi, ca: aminoacizi, vitaminele C, B_1, B_2.

Lichidul obținut după fierberea alimentului se poate întrebuința la prepararea sosurilor; astfel, cantitatea de vitamine și săruri minerale nu se pierde, recuperîndu-se într-un mod util. În acest caz trebuie combătută practica greșită de a se adăuga bicarbonat de sodiu în apa de fierbere, pentru a scurta timpul preparării. Folosind bicarbonatul de sodiu la pregătirea alimentului, aceasta se face mai rapid, dar cu prețul distrugerii unor vitamine.

Este demn de reținut că legumele congelate sînt tot atît de nutritive ca cele proaspete. Acestea, printr-o păstrare la o temperatură necorespunzătoare, pot deveni neconsumabile. De aceea, în cazul lor este indicat să se introducă direct în apa clocotindă, fără o prealabilă decongelare, fapt ce ar duce la o

degradare nutritivă a acestora. De menționat faptul că unele dintre legumele sau fructele congelate se pot consuma crude, fără o prelucrare termică. Acestea, după ce sînt scoase din ambalaj, se decongelează cu maximum două ore înaintea consumării, în timp ce fructele întrebuințate la diferite preparate (prăjituri, înghețate etc.) se vor pune direct în preparat, fără o prealabilă decongelare.

Nu este indicată reîncălzirea repetată a mîncării care n-a fost consumată sau menținerea ei la cald, mai mult timp.

Cînd CARNEA este pusă la fiert în apă rece, odată cu temperatura care se ridică treptat pînă la cea de fierbere, o parte din substanțele hrănitoare trec în apă, obținîndu-se astfel un „bulion" concentrat de carne. În acest timp bucata de carne se fierbe și devine fragedă. În cazul suferinzilor de hiperaciditate sau ulcer gastroduodenal se recomandă să consume carnea fără „bulionul" rezultat din fierberea ei. În schimb, celor care au o hiposecreție gastrică li se recomandă întrebuințarea bulionului de carne la prepararea diferitelor sosuri.

Daca carnea este introdusă în apă care fierbe în clocot, proteinele se coagulează la suprafața ei, formînd o crustă subțire, care nu lasă substanțele din carne să treacă în apa în care fierbe (ca în primul caz). În schimb, pentru realizarea unei bucăți de carne fragedă timpul de fierbere trebuie prelungit. În acest caz suferinzilor de hiperaciditate sau ulcer gastroduodenal li se recomandă să consume zeama în care a fiert carnea, folosind-o la prepararea sosurilor, în timp ce carnea astfel fiartă poate fi servită celor cu hipoaciditate gastrică, hepaticilor, suferinzilor de colită de fermentație etc.

Ambele moduri de preparare a cărnii sînt corecte, alegerea făcînd-o în funcție de ceea ce dorim să realizăm: o supă concentrată de carne (în timp ce carnea se poate servi ca rasol, tocătură etc.) sau o supă în care se pot fierbe legume, îmbogățind-o astfel în săruri minerale și vitamine. Dacă carnea este tare, se continuă fierberea ei sau se introduce (separat) în cuptor să se frăgezească. Avantajul celui de al doilea mod de preparare este faptul că bucata de carne rămîne cu toate substanțele nutritive, adică de bună calitate. În ambele cazuri valoarea nutritivă este mai mare dacă se consumă amîndouă produsele, adică și supa și carnea sub formă de friptură, rasol etc., ținîndu-se seama, acolo unde este cazul, și de suferința individului.

Peștele are o carne sfărîmicioasă și fierbe mult mai ușor. Se recomandă să fie pus în apă clocotindă, în care s-a adăugat, de la început, puțin oțet, împiedicîndu-se astfel fragmentarea lui.

SAREA pusă în apa de fierbere a legumelor le ajută să-și păstreze forma și culoarea. În schimb, le prelungește timpul de fierbere. Același efect se constată și dacă se întrebuințează o apă dură (cu conținut mare în magneziu și calciu). Acest inconvenient se poate înlătura cu ușurință, adăugîndu-se sare de bucătărie după fierberea alimentelor.

Atenția trebuie îndreptată asupra cantității de sare adăugată în apa în care se fierb legumele, care să nu fie prea mare. Este mai bine ca sarea să fie pusă în mîncare la masă, în timpul consumării ei, decît să preparăm o mîncare prea sărată. Demn de reținut este faptul că la regimurile în care sarea este contraindicată, nu se pune sare nici la fiert, chiar dacă apa în care au fiert legumele se aruncă!

În cazul preparatelor din carne de vită sau de pește, dacă se adaugă sare de bucătărie la fiert, se determină o solubilizare crescută a proteinelor, care trec în apa de fierbere. În acest caz este recomandat ca apa de fierbere să fie utilizată la prepararea mîncărurilor (a sosurilor). Din același motiv, friptura nu se sărează înainte să fie pusă pe grătar. În timpul frigerii, datorită temperaturii înalte, proteinele din carne coagulează, formînd o crustă. Dacă carnea se sărează înaintea punerii pe grătar, o parte din substanțele nutritive din ea se scurg sub influența sării. O friptură sărată înainte de a fi pusă pe grătar devine uscată și săracă în sucuri nutritive. Friptura la grătar se va săra numai după frigere; se înțelege, în măsura permisă de dietă.

ILEANA ȘERBĂNESCU-BERAR
SPECIALISTĂ ÎN NUTRIȚIE ȘI DIETETICĂ

Rolul factorilor genetici și de mediu în

CARDIOPATIA ISCHEMICĂ

„OMUL ARE VÎRSTA ARTERELOR SALE"...

Această aserțiune cu largă circulație în mase este pe deplin justificată. Procesul de ateroscleroză conduce la o diminuare a lumenului arterelor, avînd drept consecință un aport insuficient de sînge la unele organe a căror funcționare este, prin aceasta, compromisă, mai ales cînd aceste organe sînt suprasolicitate.

Dar acest proces de ateroscleroză se constituie în timp, iar strîmtorarea arterelor se realizează progresiv. Organele care suferă cel mai mult în urma deficitului de irigare astfel realizat sînt: creierul, inima, rinichii, membrele superioare (în special).

Ne vom referi la deficitul de irigare de la nivelul miocardului, care realizează ceea ce se cheamă *cardiopatia ischemică* (cadru patologic care înglobează 5 manifestări importante: oprirea acută a inimii, angina de piept, infarctul miocardic, tulburări de ritm și de conducere ale inimii, insuficiența cardiacă).

Candidații la cardiopatia ischemică și „sindromul Churchill"

Este un fapt bine cunoscut azi că ateroscleroza coronariană are nevoie de 20—30 de ani pentru a realiza o stenozare (strîmtorare) semnificativă a arterelor coronare. Această stenozare semnificativă înseamnă o reducere cu cel puțin 70% a suprafeței transversale a unei artere coronariene. Pe soldații germani morți în primul război mondial și pe cei americani morți în războiul din Coreea s-au putut constata, la necropsie, modificări de ateroscleroză coronariană, ceea ce înseamnă că profilaxia acestei boli trebuie să înceapă din adolescență și chiar din copilărie.

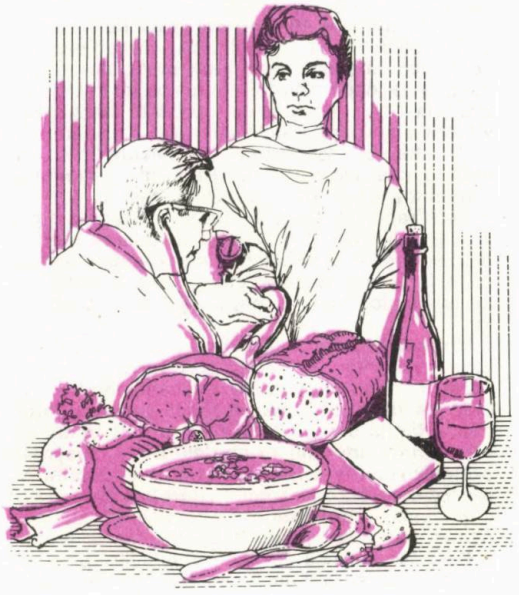
Dar care sînt factorii care conduc la ateroscleroza coronariană, care stă la baza a peste 90% din cazurile de cardiopatie ischemică? Cunoaștem acești factori de „risc coronarian"? Putem să-i combatem oprind în acest fel producerea infarctului de miocard sau a morții subite coronariene?

Nu greșim afirmînd că aproape nu există țară în care să nu se studieze rolul factorilor de risc coronarian. Mai mult chiar, există studii în cooperare, care angajează mai multe țări în acest sens.

Organizația Mondială a Sănătății (O.M.S.) a stabilit o listă a factorilor de risc coronarian și a considerat că există 4 factori de risc majori: 1) alimentația bogată în acizi grași saturați; 2) colesterolul crescut în sînge; 3) hipertensiunea arterială; 4) obiceiul de a fuma țigarete (fumatul cu luleaua sau fumatul de țigări de foi fiind ceva mai puțin nociv). La acești factori s-au adăugat, relativ recent, diabetul zaharat și obezitatea.

Sigur că mai există și alți factori (minori) a căror intervenție în producerea cardiopatiei ischemice este mai redusă sau mai controversată: stările psihice, o anumită configurație psihică, lipsa mișcării, acidul uric crescut în sînge, hipotiroidia etc.

Lucrurile, în materie de profilaxie a cardiopatiei ischemice, ar părea că sînt foarte simple: combaterea factorilor de risc (o alimentație rațională, fără acizi grași saturați, controlarea hipertensiunii arteriale, abandonarea fumatului, scăderea — prin dietă și medicamente — a colesterolului, compensarea diabetului zaharat, scăderea în greutate, mișcare fizică etc.). În realitate, lucrurile nu stau în totalitate astfel. Se remarcă faptul că există oameni care sînt hipertensivi, fumează, sînt obezi etc. și care trăiesc pînă la adînci bătrînețe, fără să facă infarct miocardic sau altă manifestare de cardiopatie ischemică. Se vorbește, în acest caz, de „sindromul Churchill", după numele vestitului om politic englez. De asemenea, sînt subiecți care nu prezintă nici unul din factorii de risc coronarian și fac totuși, la 40 de ani (sau chiar și sub această vîrstă), un infarct miocardic.



Rezultă de aci că factorii de risc nu explică integral apariţia substratului anatomic al cardiopatiei ischemice. Există, indiscutabil, şi factori genetici implicaţi în producerea bolii coronariene, această „vedetă" a patologiei secolului nostru.

Genetica moleculară şi cardiopatia ischemică

Există, se ştie, un „teren" care conferă specificitatea de reacţie fiecărui organism. Afirmaţia potrivit căreia „nu există boli, ci bolnavi" se sprijină pe acest „teren", care multă vreme s-a manifestat ca o „pădure nedefrişată". Iată însă că studii recente la nivel molecular, la nivel de acizi nucleici, încep să defrişeze această necunoscută pădure.

Cunoaştem azi, pe baza unor studii pe populaţii mari şi pe baza propriei noastre experienţe, că incidenţa cardiopatiei ischemice este mai mică la cei ce au grupa sanguină B sau AB, pentru că există ţări în care predomină aceste grupe sanguine şi procentul cardiopatiei ischemice în profilul îmbolnăvirilor este foarte redus.

Există, de asemenea, un fapt de observaţie, ce pare empiric, potrivit căruia cei ce au un şanţ pe lobul urechii fac mai frecvent cardiopatie ischemică.

Stenoza coronariană a fost demonstrată prin arteriografia coronariană.

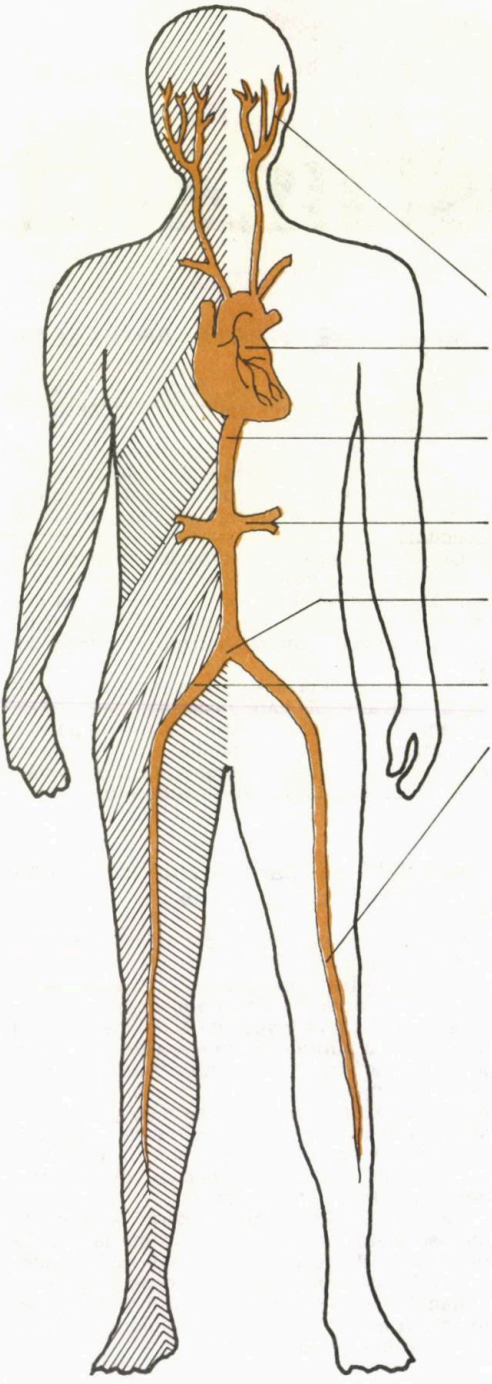
Vorbind odată, în cadrul unei conferinţe de „educaţie sanitară", despre aceste observaţii, am surprins la sfîrşitul conferinţei pe mulţi auditori consultîndu-şi buletinele de identitate, ca să vadă ce grupă sanguină au, sau privindu-se în oglindă, pentru a-şi vedea eventualul şanţ de pe lobul urechii!!!

Studiile făcute în Israel pe trei grupuri etnice diferite (ashkenazim, iemenit şi beduin) au remarcat frecvenţa mai mare a bolii coronariene la primul grup etnic. Cercetări făcute pe copii (pînă la 10 ani) decedaţi, fie în urma unui accident, fie a unei boli infecţioase, au constatat că există modificări morfologice deosebite la copii aparţinînd grupului ashkenazim masculin. Acestea ar constitui baza dezvoltării ulterioare a aterosclerozei coronariene.

Se ştie, de asemenea, că femeile, pînă la menopauză, fac mai puţin frecvent cardiopatie ischemică decît bărbaţii. Din acest punct de vedere raportul dintre femei şi bărbaţi este de 1 la 6 sau chiar 7. Odată cu instalarea menopauzei creşte şi incidenţa cardiopatiei ischemice la femei, numărul celor ce fac cardiopatie ischemică fiind aproape egal cu al bărbaţilor.

Un celebru cardiolog american, care nega rolul factorilor de risc coronarian (Arthur Ashe, care a făcut multă mişcare, fiind campion de tenis al S.U.A., a făcut, totuşi, infarct miocardic la o vîrstă tînără — sub 40 de ani — este numai unul din exemplele date), susţinea exclusiv rolul factorilor genetici şi endocrini în producerea coronaropatiei. Întrebat cum vede el profilaxia cardiopatiei ischemice, a răspuns, rîzînd: „Ştiu eu, poate feminizîndu-ne".

Cum se explică faptul că femeile pînă la menopauză se îmbolnăvesc mai rar de boala coronariană? S-a susţinut că hormonii estrogeni secretaţi de ovarele femeilor în plină activitate hormonală ar prezerva arterele contra aterosclerozei. Ar rezulta de aci necesitatea ca în timpul menopauzei să se recomande tratamentul cu hormoni estrogeni. Nu este mai puţin adevărat însă că pilulele anticoncepţionale,



care conţin hormoni estrogeni, constituie un factor de risc coronarian. Cum se explică acest lucru? Se pare că folosirea îndelungată a pilulelor creşte unele grăsimi din sînge (trigliceridele), conducînd la diabet zaharat şi hipertensiune arterială (factori „majori" de risc coronarian).

Grăsimile din sînge (lipidele) circulă fixate pe proteine, sub formă de lipoproteine. Aceste lipoproteine sînt de diferite feluri, în funcţie de densitatea lor. Cele cu densitate joasă au un rol precis dovedit în formarea aterosclerozei. Cele cu densitate înaltă constituie un „căraş" ideal pentru colesterol, pe care îl transportă în bilă, împiedicînd depunerea lui pe pereţii arterelor.

Astăzi ştim că la femei, pînă la menopauză, predomină aceste lipoproteine cu densitate înaltă, care leagă colesterolul (pe care unii autori l-au numit „colesterol bun"). Odată cu apariţia menopauzei scad lipoproteinele cu densitate înaltă şi cresc cele cu densitate joasă, puternic aterogene.

De 10-15 ani cunoştinţele noaste s-au îmbogăţit odată cu descrierea componentelor proteice ale lipoproteinelor: apolipoproteinele.

Se cunosc azi 5 apolipoproteine (A, B, C, D, E), unele avînd şi subdiviziuni (A-I, A-II, A-IV, C-I, C-II, C-III etc.).

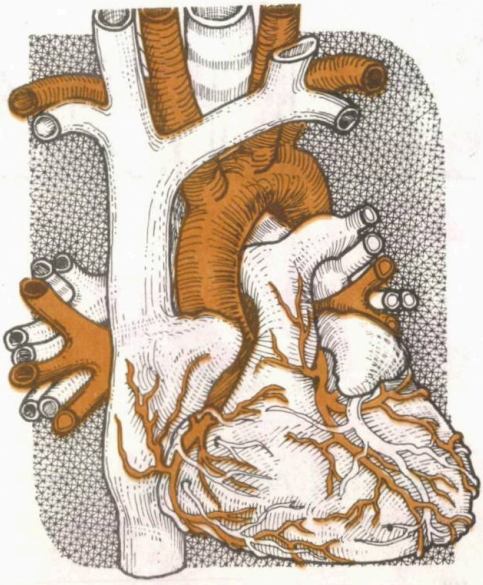
Rolul acestor apolipoproteine este bine codificat. Apolipoproteina B este legată de lipoproteinele cu densitatea joasă şi creşterea ei (există posibilitatea de a fi dozată în sînge) este un martor foarte fidel al procesului de ateroscleroză. Apolipoproteinele A-I şi A-II sînt crescute concomitent cu lipoproteinele cu densitate înaltă.

Aceste apolipoproteine au o determinare genetică pe cale de precizare. S-a stabilit, pînă în prezent, că genele pentru apolipoproteinele A-I şi C-III se găsesc pe cromozomul 11, iar cele pentru genele E şi C-II, pe cromozomul 19. O scădere a apolipoproteinei E conduce la creşterea colesterolului, a trigliceridelor şi la apariţia precoce a cardiopatiei ischemice şi a arteriopatiei membrelor inferioare.

Concluzii practice

Tendinţa de a explica apariţia cardiopatiei ischemice numai prin factori genetici sau numai prin factori de mediu ni se pare neconformă cu realitatea.

Există, fără îndoială, o legătură între aceşti factori. Important este nu numai să-i cunoaştem, dar să-i şi combatem.

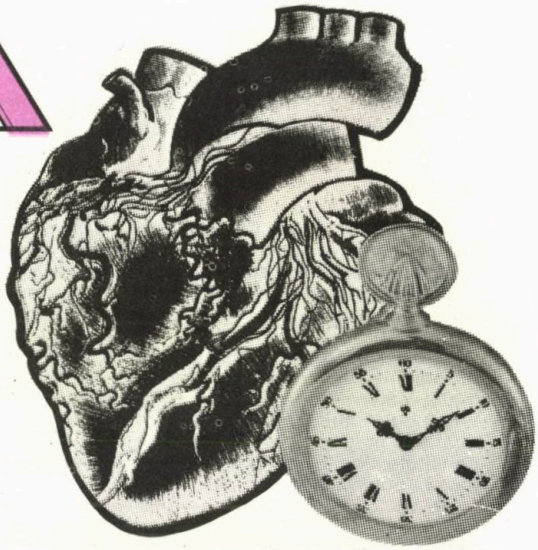


Astfel, alimentaţia va viza deci o reducere a grăsimilor saturate (ouă, carne de porc, untură, untdelemn prăjit etc.), o scădere a greutăţii la superponderali, abandonarea fumatului, scăderea colesterolului (prin dietă şi medicamente — Clofibrat, Mecopar, Anghirol etc.). Controlul hipertensiunii arteriale (regim hiposodat, medicamente — Hipazin, Clofibrat etc., în funcţie de stadiul bolii), compensarea diabetului zaharat (prin regim la care vom adăuga, dacă este cazul, Tolbutamid şi/sau Meguan, sau insulină), evitarea stresurilor şi activitate fizică (plimbări, gimnastică, alergare etc.).

Modificarea stilului de viaţă şi a alimentaţiei, combaterea „factorilor de risc" au făcut ca bolile cardiovasculare să scadă simţitor. Mortalitatea prin cardiopatie ischemică a scăzut în perioada 1963-1983 în S.U.A. cu 37 %, concomitent cu: reducerea numărului fumătorilor şi a ţigaretelor fumate, reducerea consumului de ouă, de grăsimi, de carne de porc, depistarea şi tratarea hipertensiunii arteriale, scăderea în greutate a populaţiei şi creşterea activităţii fizice (alergarea — **jogging** — a devenit aproape un fenomen de masă).

Dr. OVIDIU OPRIAN
MEDIC PRIMAR. DOCTOR ÎN MEDICINĂ

INIMA



în 24 de ore

— Microinterviu imaginar —

INIMĂ!

Iată un cuvînt care merită - pe drept cuvînt - un premiu... de popularitate. Un cuvînt rostit în fiecare zi, pe toate meridianele, în toate limbile pămîntului, de milioane şi milioane de ori. Oamenii „pun la inimă", iubesc sau doresc „din toată inima", îşi vorbesc „de la inimă la inimă"... „zdrobesc" sau „calcă pe inimi", căci inima este considerată încă - de mulţi - sediul pasiunilor, al curajului, al fermităţii sau tandreţei.

Dar care sînt realităţile inimii? Ce face ea în 24 de ore?

Cine să abordeze acest subiect? Un îndrăgostit? Un cardiolog? Nu! Cea mai în măsură este însăşi inima!

Deci un interviu... un scurt interviu cu inima.

- Ce faceţi dumneavoastră, stimată inimă, în 24 de ore?

- Ce să fac... bat! Sau, mai ştiinţific... mă contract! Asta este meseria mea! Zi şi noapte! 24 de ore din 24. Non stop! *Din prima pînă în ultima clipă a vieţii. Căci, în fond, eu nu sînt decît o pompă, o pompă aspiratoare-respingătoare a sîngelui... cu activitate continuă.*

- Vreţi să fiţi mai precisă... să-mi explicaţi, în cifre, concret, ce faceţi în 24 de ore?

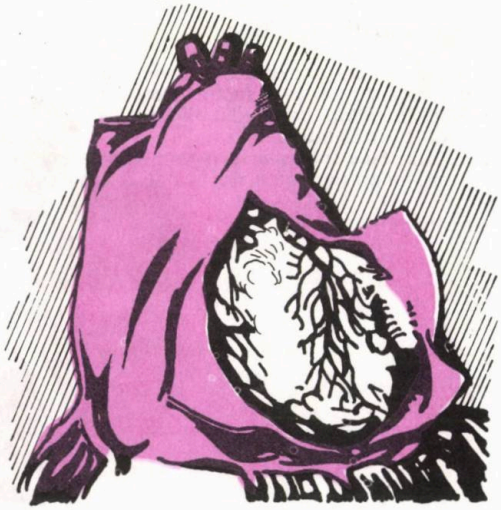
- Da! E mai bine aşa! Or fi ele cifrele lipsite de poezie şi căldură, dar dau o imagine mai plastică, mai uşor de înţeles. Deci... dacă mă contract - în medie - de 70 de ori pe minut (sînt doar o inimă adultă) asta înseamnă... da!... 4 200 pe oră şi aproximativ 100 000 în 24 de ore! E ceva, nu? Dar nu mă contract, nu pulsez degeaba! Cu fiecare bătaie „arunc" în circulaţie 70-75 centimetri cubi de sînge... adică aproximativ 5 litri pe minut şi peste 7 tone în 24 de ore.

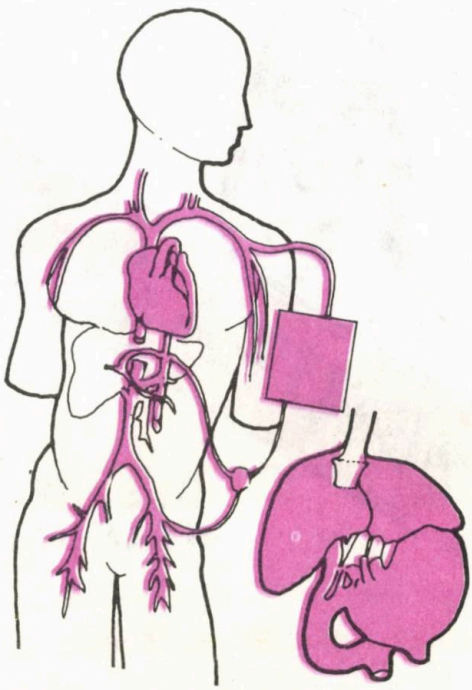
- Şi nu vă plictisiţi? Mereu acelaşi lucru!

- Deloc! Şi apoi activitatea mea este foarte diferită... ca ritm. Ştii dumneata că de la 70 de bătăi - în condiţii de repaus - ajung la 120-150 la efort? Asta cînd alerg după tramvai... să nu pierd condica! Sau cînd urc o scară: la metrou sau la serviciu. Accelerez cam mult... pentru că nu am antrenament. Sînt - cum se zice - lipsită de condiţie fizică. Sînt - cu alte cuvinte - inima unui sedentar. O! Dacă aş face dimineaţa o scurtă înviorare! Dar în loc de gimnastică... mi se dă o cafea. Şi atunci cum să n-o iau la galop?

- Sînteţi cîntată de poeţi... iar muzica uşoară vă exploatează la maximum.

- Da, sînt foarte sensibilă. Nu sînt o „inimă de piatră". Reacţionez la durere, la emoţii, la bucurii. Prin tahicardie, prin tulburări de ritm şi uneori... prin stop. Stop cardiac. Apropò! Ai auzit de „golul ucigaş" (cum l-au numit ziarele) de la finala ABERDEEN-REAL MADRID de acum cîţiva ani, care a produs stop cardiac unui tînăr spectator de 23 de ani? Şi cîte evenimente nu apar în 24 de ore!





– *Ce vă place cel mai mult?*

– *Munca și... natura! Îmi place cînd muncesc ordonat, cînd îmi fac planul... după grafic. Atunci merg... ceas! La sfîrșit de lună e uneori mai greu. Munca în asalt nu-mi prieste, îmi dereglează ritmul, mă obosește. Îmi „crește inima" – la figurat, se înțelege – cînd stau în aer liber, cînd mă oxigenez în parc, în pădure, la munte. Aerul curat, nepoluat, îmi „merge la inimă".*

– *Ce nu vă place?*

– *Tutunul... alcoolul. Știți, sînt inima unui fumător care mai și bea. Nu mult... dar des! L-am avertizat de cîteva ori... cu palpitații și chiar cu cîte o durere anginoasă. Dacă nu se astîmpără... dacă nu renunță... fac infarct.*

Nici după o masă prea îmbelșugată nu sînt în apele mele. Fac tahicardie, respir greu. Și apoi dulciurile, grăsimile... colesterolul... îmi atacă coronarele... mă sclerozează! Mă îmbătrînesc!

– *Dar noaptea? Ce faceți noaptea cînd toți se odihnesc?*

– *Eu nu dorm niciodată! E drept că în timpul somnului o las și eu mai moale. Bat mai rar... îmi lungesc diastola, perioada mea de repaus. Asta cînd sînt sănătoasă. Pentru inima bolnavă – știu asta de la o surată suferindă, în insuficiență cardiacă – noaptea este un adevărat calvar.*

– *Ce vă doriți?*

– *Sănătate! Nu numai pentru mine... ci și pentru celelalte organe. Căci eu sufăr împreună cu toate. Cea mai mică creștere a temperaturii, durerea... îmi cresc pulsul! În fine... îmi doresc să rămîn tînără – la propriu și la figurat – cît mai mult. Să trăiesc din plin fiecare clipă a vieții, fără să mă fac simțită. Să ajung la 100 de ani, fără Persantin, fără Digitală sau Nefrix. Să îmbătrînesc frumos și demn, ca în romanța Ioanei Radu.*

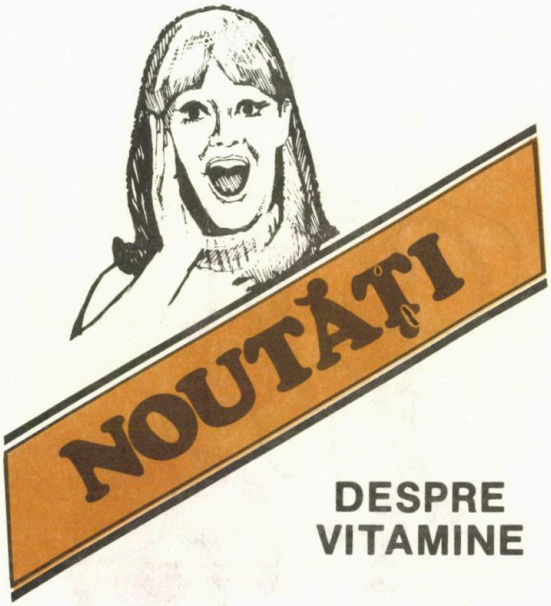
Acesta a fost interviul meu imaginar cu inima. Cu acest „pumn de mușchi", cîntărind doar 250 de grame, cu acest „motor" cu performanțe de neegalat, cu acest „miracol al naturii", depășind în complexitate sofisticatele creații ale erei spațiale, dar păstrînd armonia și simplitatea unei sculpturi din epoca de aur a Greciei antice.

Da! Inima este un miracol – un adevărat miracol al naturii!

Dar inima – inima aceasta atît de puternică, de robustă... atît de activă, de neobosită – inima care – în fond – ne condiționează existența... care ne încălzește, la propriu și... poate și la figurat, viața – rămîne, în ciuda rezistenței sale de netăgăduit, deosebit de sensibilă și foarte, foarte vulnerabilă.

De aceea inima, din care continuăm să credem că pornește „tot ce este bun, frumos, adevărat", are nevoie de ajutorul nostru. Ea trebuie menajată, protejată, înțeleasă. Este în interesul sănătății noastre, în interesul vieții!

Dr. Eugen Alexe
medic primar



DESPRE VITAMINE

Necesare... dar și toxice

Cu secole în urmă, medicii vremurilor descriau boli ciudate, de cauze necunoscute, care se ameliorau considerabil după ingerarea de alimente proaspete. Ulterior s-a dovedit că afecțiunile se datorau lipsei de vitamine în alimentație, vitamine care au putut fi identificate abia în secolul XX.

UZ ȘI ABUZ

În practica curentă se prescriu în scop profilactic sau curativ cantități excesive de vitamine sau se aplică tratamente de lungă durată (tratamente cronice), chiar dacă eficiența lor terapeutică este controversată. Milioane de oameni pe glob utilizează, fără discernămînt, cantități apreciabile de vitamine — deși alimentația le procură vitaminele necesare — pe motiv că acestea le furnizează extraenergie și o senzație de mai bine. Sarcina de a informa bolnavul asupra riscurilor pe care le prezintă terapia vitaminică exagerată revine medicului curant. Există, fără îndoială, situații care cer suplimentarea cu vitamine, și anume: deficiențele vitaminice grave prin malnutriție, tulburările de absorbție (afecțiuni gastroduodenale, biliare, cirotice etc.) și dezordinile metabolice congenitale. Carența vitaminică poate apărea și în zonele cu alimentație completă, ca urmare a aplicării unei diete excentrice, irațională.

ETILISMUL ȘI VITAMINA B_1 (TIAMINĂ)

Una din cauzele cele mai obișnuite ale deficitului de vitamină B_6, dar mai ales de B_1, este alcoolismul. Majoritatea simptomelor cauzate de deficitul de tiamină sînt caracteristice, fiind legate de tulburări în sistemul nervos: nevrite periferice, tulburări senzoriale ale extremităților, pierderea puterii musculare, tulburări ale personalității și scăderea memoriei. Dat fiind că alcoolicii își procură parte din calorii din alcool, pofta de mîncare scade, la fel ca și consumul de alimente, condiții care favorizează apariția hipovitaminozei.

VITAMINA B_6. MEGADOZELE NEUROTOXICE

Vitamina B_6 sau piridoxina are largi aplicații în medicină. Nu este toxică decît în doze extrem de mari (megadoze). Se pare că organismul uman suportă fără incidente doze zilnice pînă la 1 000 mg, deși au fost raportate cazuri de dependență și la 2 000 mg pe zi. Megavitaminoza (2 000—6 000 mg zilnic) dă naștere la fenomene neurotoxice. S-au relatat, după 2 ani de tratament cu megadoze, tulburări senzoriale severe (anestezia buzelor și a limbii, diminuarea senzațiilor tactile), greutate în mers și pierderea mișcărilor coordonate (ataxie). Semnele neurologice dispar după întreruperea tratamentului. Doze mari de vitamină B_6 au fost încercate în schizofrenie și în agitația motorie la copii (hiperkinezie).

REACȚII ALE VITAMINEI B_6 CU ALTE MEDICAMENTE

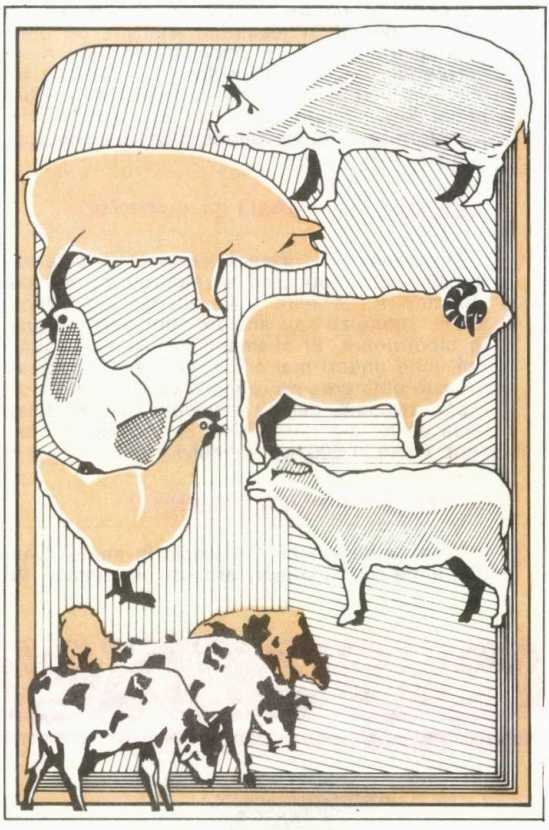
În practică se cunosc interacțiuni biochimice importante ale vitaminei B_6 cu anumite medicamente. Astfel, utilizarea prelungită a penicilaminei, ca și a anticoncepționalelor, cresc nevoile organismului de vitamină, fapt care cere suplimentarea vitaminică. În cazurile de supradozaj cu Isoniazidă, se administrează intravenos, scurt timp, doze mari de vitamină B_6, care au drept scop suprimarea convulsiilor provocate de tuberculostatic. Vitaminoterapia trebuie evitată la parkinsonienii tratați cu L-Dopa sau Triptofan, deoarece piridoxina reduce eficacitatea acestor preparate.

SCORBUTUL IERI ȘI AZI

Scorbutul, suferință a Evului Mediu, cauzată de lipsa vitaminei C în hrană, aparține bolilor uitate. Mortalitatea prin scorbut era pe vremuri îngrijorător de mare la marinarii aflați în voiajuri lungi, pe mări și oceane, sau la cei angajați în expediții care durau mai mulți ani. Incidența scorbutului a scăzut în secolul al XVII-lea, odată cu introducerea cartofului în Europa. În societatea modernă industrializată, afecțiunea este necunoscută. Cu toate acestea, fapt paradoxal, hipovitaminoza C există și în zilele noastre. Apare în anumite condiții — la bătrîni care trăiesc izolat și se hrănesc insuficient sau la cei cu regim prea puțin variat. Este știut că organismul uman nu este capabil să sintetizeze acidul ascorbic pe care trebuie să și-l procure din alimente, sursele cele mai importante fiind legumele și fructele proaspete, îndeosebi citricele. Aportul zilnic alimen-

tar necesar este de minimum 45—100 mg, putînd ajunge, în condiţii de efort, la 200—250 mg. Prematurii şi nou-născuţii au nevoie de 100 mg zilnic, mai mult decît conţine laptele matern ingerat. Din acest motiv se recomandă suplimentarea cu suc de portocale. Dozări ale acidului ascorbic în sînge au arătat unele aspecte interesante, şi anume că utilizarea ţigărilor şi a anticoncepţionalelor scad concentraţia acestuia în plasmă. Pe lîngă alte acţiuni fiziologice, acidul ascorbic este indispensabil pentru formarea unui produs care se află în colagen, constituent fundamental al pereţilor vaselor capilare şi al învelişului organic al scheletului. Aceasta explică debutul carenţei de vitamina C cu hemoragii interne şi externe (gingivoragii, echimoze pe piele) şi vindecarea dificilă a rănilor. Unele regimuri prescrise în ulcerul gastric şi duodenal, alimentaţia copiilor cu lapte pasteurizat, arsurile întinse şi profunde pe corp sînt alte condiţii de instalare a hipovitaminozei.

Dozele mari de vitamină C (megadozele) nu sînt totdeauna lipsite de riscuri. Ele pot determina formarea excesivă a oxalaţilor, care se depun în tubii renali sau pot creşte concentraţia în sînge a salicilaţilor, la cei supuşi acestui tratament. Doze mari de vitamină C au fost şi sînt aplicate în tratarea afecţiunilor respiratorii virotice, deşi acţiunea sa binefăcătoare nu a fost unanim recunoscută.



ACIDUL ASCORBIC ŞI CANCERUL

De deosebit interes sînt observaţiile recente privind utilizarea dozelor mari (10 g/zi) de vitamină C în boala canceroasă. Cercetări întreprinse în Anglia au semnalat incidenţa crescută a cancerului esofagian şi gastric în regiunile în care aportul de vitamină C este scăzut. Se sugerează că acidul ascorbic ar stimula mecanismele imunologice, ar provoca încapsularea tumorii şi, după unii, ar produce chiar regresiunea unor tumori. Lucrări recente nu au confirmat însă afirmaţiile unor autori după care dozele mari de vitamină C prelungesc supravieţuirea. Deocamdată consideraţiile sînt speculative, cercetările urmîndu-şi cursul.

FUNCŢII FIZIOLOGICE ALE VITAMINEI A

Vitamina A are funcţii importante în organismul uman. Ea deţine rolul esenţial în funcţia retinei şi în procesul de adaptare al ochiului la întuneric. Stimulează diferenţierea ţesutului epitelial şi secreţia de mucus. Este necesară pentru creştere, reproducere şi dezvoltarea embrionului. Termenul de vitamină A, utilizat curent, se referă în realitate la o varietate

de compuși naturali. Vitamina A naturală se găsește numai în țesuturile animale, pe cînd vegetalele conțin precursori ai vitaminei A — carotenoizi —, cel mai activ dintre aceștia fiind beta-carotenul, precursorul vegetal al vitaminei A. Ambele devin active în organism prin transformarea lor în *retinol*, produsul major al vitaminei A.

RETINOIZII NATURALI ȘI SINTETICI

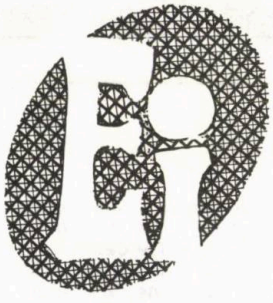
În prezent se utilizează termenul larg de *retinoizi* pentru toți produșii naturali înrudiți cu vitamina A, la care s-au adăugat în ultima vreme retinoizii sau analogii sintetici, produși în laboratoare. Ei seamănă cu produșii naturali, fiind uneori mai activi decît aceștia. Idealul este obținerea de retinoizi cu activitate biologică maximă, dar cu minimum de toxicitate, ceea ce nu s-a reușit încă. Se cunosc în prezent peste 1 500 de retinoizi.

CARENȚĂ ȘI HIPERVITAMINOZĂ

Carența de vitamină A există în multe zone din lume, luînd uneori aspecte dramatice. În sud-estul Asiei (Indonezia, Filipine ș.a.), ca și în alte țări, deficitul vitaminic apare la copiii subnutriți, avînd ca manifestare majoră *xeroftalmia*, adică uscarea corneei, mergînd pînă la ulcerație și orbire, la care se asociază oprirea procesului de creștere. Se apreciază că în aceste regiuni orbesc anual zeci de mii de copii. În întreaga lume cazurile de xeroftalmie se cifrează la 1 milion. Chiar deficitul ușor de vitamina A poate fi dăunător sub 6 ani. Datorită pierderii suprafețelor netede, mucoasele căilor respiratorii, urinare și ale tubului digestiv devin un excelent mediu de cultură pentru microbi, favorizînd dezvoltarea infecțiilor de sistem.

Nu numai lipsa vitaminei A este dăunătoare, dar și supradozajul nu este lipsit de consecințe. Chiar dozele terapeutice pot fi periculoase (teratogene) la femeia gravidă în luna a II-a, crescînd riscul avortului spontan și al malformațiilor congenitale la făt.

Madeleine Măicănescu-Georgescu
Doctor în medicină
INSTITUTUL DE ENDOCRINOLOGIE



în concediu

DERMATOLOGUL

Oriunde merge-ntr-adevar,
Dar cu familia *în păr*.

GERIATRUL

Cînd pleacă vara pe drumeag,
Firește, *Babele-l* atrag.

INTERNISTUL

În păduri, prin rămurele,
Stă și-*ascultă* păsărele.

ORTOPEDUL

Turismul agrează tare
Și-l face numai pe *picioare*.

ANESTEZISTUL

Se duce unde-o fi să fie,
Doar pentru *somnoterapie*.

OCULISTUL

Aiurea pleacă-n cursul unei veri,
Doar să trimită la cei dragi *vederi*.

CARDIOLOGUL

El cu Trabantul său are plăcere
Să circule pe *marile artere*.

RADIOLOGUL

La mare-i place lui să se desfete,
Avînd acolo *raze ultraviolete*.

CHIRURGUL

Atras de tot ce-i operat,
Se-ndreaptă către *Retezat*.

V.D. POPA

RĂVAȘE

URARE

Azi urîndu-ți „La mulți ani!",
Iată ce mai am a-ți spune:
Să faci punte peste ani,
Cu rețete foarte bune!

UNUI LĂUDĂROS

La această sărbătoare,
Cînd un an a mai plecat,
Am văzut că ți-ai ras barba...
Dar nu și la figurat!

PRECIZARE

Invitat la mine-acasă,
De cumva ești fumător,
Scrumiera e pe masă,
Nu pe scaun sau pe covor!

UNEI SURORI MEDICALE RĂUTĂCIOASE

Azi o paște ghinionul!
(Vă spun eu, ca invitat).
A trecut Revelionul
Și pe nimeni n-a-nțepat!

UNEI SOȚII SORĂ MEDICALĂ

Capul între perne-mi crapă
Cînd nevasta mă-ngrijește,
Nu m-aș plînge că mă-nțeapă
Mă plîng că mă cicălește!

UNEI SOȚII GELOASE

Vă spun eu (să am pardon)
Face muzică drăguță,
Însă de Revelion
Mi-a făcut o... „muzicuță"!

MADRIGAL PENTRU CHIRURGI

Tot cioplesc cîte-o bucată
Din persoana mea stresată,
Și e drept, cam pierd din kile,
Dar mi se conservă zile!

CHIRURGULUI MEU

Abia mă țineam de zid
Și m-a operat rapid,
Azi sînt bine și trăiesc
Cum pot să nu-i mulțumesc?!

CONSEMNARE DUPĂ EXTERNARE

Scap de supe, pansamente
Și de burtă operată,
Însă pentru asistente
Parc-aș mai veni o dată!

RECOMANDARE CĂTRE MOȘ GERILĂ

La băieți, ca și la fete
De le calci prin bătătură,
Dă-le cîteva rețete
Pentru... pofta de lectură!

UNUI STUDENT LA MEDICINĂ

În tot anul Ionică
Are tensiune mică,
Doar cînd e în sesiune
E în mare tensiune!

INVITAȚIE

Doctore de la Salvare,
Gripa asta mă „oftică"!
Vino cu mașina mică,
La temperatură mare!

UNUI PACIENT

După cum mi-a povestit
Cam pe gratis *a răcit,*
Și de patru sau cinci ani
Și-un strănut îl costă *bani!*

GH. ZARAFU

GULIȘI

— Să faci tratament de intinerire, folosindu-te de... leacuri bătrînești.

— Să susții că n-ai idee de Zona Zoster, **deoarece n-ai fost pe acolo niciodată.**

— Să demonstrezi că rețetele împotriva cheliei... sînt trase de păr.

— Să susții că datorită gerului ți-au crăpat... pietrele la ficat.

— Să-i ceri iubitei să se mai împlinească, deoarece nu-ți plac... femeile ușoare.

— Să te trezești din somn, pentru a-ți lua... somniferul.

— Să faci glume nesărate, pe motiv că ți s-a prescris regim fără sare.

Ing. I. Negreanu

De vorbă cu tinerii despre sănătate

„Dacă știi ce este bine și ce este rău, te-ai apropiat de înțelepciune; doar cînd faci ce știi că este bine și eviți mereu răul ești înțelept cu adevărat".

Sînt convins că toată lumea va fi de acord că aforismul acesta nu se potrivește nicăieri mai bine decît în domeniul apărării sănătății. Dacă este așa, de ce oamenii nu-și aduc aminte decît cînd se îmbolnăvesc că sănătatea este bunul nostru cel mai de preț și că este mai ușor de păstrat decît de recîștigat? De multe ori, nici după ce boala s-a vindecat, unii nu renunță la deprinderile dăunătoare, despre care știu bine că au contribuit la îmbolnăvire. Scuzele, aceste „minciuni fardate", cum le numea Swift, invocate de cei care se comportă așa, sînt multe și variate, dar neîntemeiate. Unii se plîng că nu au timpul necesar să se mai ocupe și de propria lor sănătate, ca și cum ar fi nevoie de timp pentru a nu fuma, a nu abuza de băutură, a nu pierde nopțile etc. Alții spun că n-au știut. Dar dacă într-adevăr n-au știut, a cui este vina? În zilele noastre presa, radioul, televiziunea cuprind zilnic informări privitoare la ceea ce numim „viață rațională", la mijloacele de apărare și de întărire a sănătății. Alții încearcă să se scuze afirmînd că au greșit pentru că așa auziseră pe alții că este bine... Credem că aceștia din urmă sînt cei mai vinovați, de vreme ce, între sfatul competent al medicilor și părerile unor nepricepuți, care se laudă că ei știu mai bine decît doctorii, au optat pentru „competența" celor de pe urmă. Oare aceștia cînd au nevoie de haine se duc cu stofa la cizmar?

Adevărata cauză a nerespectării normelor de păstrare a sănătății este de fapt atitudinea fatalistă și lipsa de prevedere. Tuturor acestora le recomand să mediteze asupra vechiului proverb chinez care afirmă că ne putem apăra de calamitățile venite din cer, dar că sîntem neputincioși în fața acelora pe care ni le provocăm noi înșine.

În dialogul pe care mi l-am propus cu dumneavoastră, tinerii, intenționez să reamintesc și să subliniez fapte și fenomene, în bună măsură cunoscute, sperînd să fiu astfel de folos celor care uită repede...

Faptul că tinerii ar fi mai predispuși să nesocotească regulile impuse de o viață rațională este îndoielnic, dar, ceea ce nu poate fi contestat de nimeni este că riscurile la care se expun sînt mult mai mari. De ce? În primul rînd pentru că au toată viața înaintea lor, un drum lung, deloc neted, drum pe care trebuie să pornești cu forțe proaspete și cu rezerve suficiente pentru a-l putea străbate cu bine pînă la capăt. În al doilea rînd, bune sau rele, deprinderile înrădăcinate din tinerețe ne însoțesc de-a lungul întregii vieți, iar „obișnuința reprezintă tirania cea mai greu de suportat".

În sfîrșit, adoptarea unui regim de viață nesănătos echivalează cu accelerarea procesului de uzură a organismului și cu apariția mult mai timpurie a tulburărilor pe care acest proces le determină.

Am auzit de la unii tineri afirmația că nu pot accepta „renunțările" impuse de viața rațională, pentru că vor să se bucure din plin de tot ce le poate oferi vîrsta lor. Adevărul este că viața rațională nu îngrădește cu nimic satisfacerea trebuințelor proprii vîrstei de aur! Viața rațională nu este nicidecum o viață searbădă, stereotipă, supusă unor legi rigide, lipsită de distracții și de bucuriile tinereții! O viață ca aceasta numai rațională nu se poate chema, fiind dăunătoare sănătății.

Să ne oprim acum puțin asupra concepției actuale despre sănătate. Dacă la începutul secolului nostru sănătatea era considerată „absența bolii", astăzi ea este definită ca o „bunăstare somatică, psihică și socială". Remarcăm în primul rînd o schimbare de atitudine, de la pasivitate și fatalitate, la o poziție activă. Numind-o „bunăstare" acceptăm ideea că este în puterea noastră să o păstrăm și să-i ridicăm nivelul său calitativ — acțiunea de întărire a sănătății. În al doilea rînd, noua definiție consfințește tridimensionalitatea persoanei umane — biologică, psihologică și socială —, precizînd faptul că numai atunci putem vorbi de sănătate cînd bunastare cuprinde toate cele trei laturi ale existenței noastre. Cu alte cuvinte, cele trei dimensiuni ale omului sînt interdependente și inseparabile. Fiecare știe din propria-i experiență că starea de boală a organismului se însoțește și de fenomene psihice neplăcute, cum sînt: indispoziția, neliniștea, dificultatea în concentrarea atenției etc. Concomitent suferă și latura socială a bolnavului, care nu mai are randamentul obișnuit în muncă, evită contactele sociale etc. Invers, fiecare cunoaște efectele negative ale unei stări psihice neplăcute asupra organismului: dureri de cap, ameteli, palpitații etc. Există și o categorie de boli, numite boli psihosomatice, a căror instalare și evoluție este puternic influențată de psihicul celui în cauză.

Rezultă că sîntem datori să acordăm o atenție egală păstrării și întăririi sănătății corpului, psihicului și laturii sociale a existenței noastre. Există totuși o tendință generală de a ne preocupa cu precădere de bunăstarea corpului, scăpînd din vedere celelalte două componente. Tendința este firească, dar numai în parte justificată de faptul că organismul reprezintă substratul material și furnizorul energiei necesare tuturor celor trei activități ale omului. Aceasta nu îngăduie, însă, neglijarea echilibrului psihic și bunăstării sociale.

Romanii spuneau „minte sănătoasă în corp sănătos", iar mai tîrziu, prin secolul al XVIII-lea, Vauvenargues, deși nu era medic, afirma că întreținînd vigoarea corpului o păstrăm și pe aceea a spiritului. Să le dăm ascultare și să începem dialogul nostru trecînd în revistă comportări dăunătoare sănătății organismului, care afectează și echilibrul psihic.

O primă regulă pe care tinerii o nesocotesc adesea este aceea care prevede respectarea limitelor capacității personale de efort. Supra-, la fel ca și subsolicitarea, fie a organismului întreg, fie a unui singur sistem sau aparat, este dăunătoare. Pentru a înțelege mai bine efectele suprasolicitării am să citez din dicționarul enciclopedic român (ediția 1966, vol. IV, pag. 558) definiția dată în tehnică suprasarcinii: „sarcină suplimentară față de sarcina nominală a unui sistem tehnic (aparat, mașină, construcție etc.) care, în anumite condiții (valoare prea mare, acțiune îndelungată etc.), poate constitui un pericol pentru stabilitatea sau siguranța în funcționare a sistemului". Este de ajuns să înlocuim termenul „sarcină nominală" cu cel de „capacitate de efort" și pe cel de „sistem tehnic" cu „organism", ori cu „sistem din organismul uman" și definiția citată se aplică perfect la om. Cele înfățișate nu contrazic sub nici o formă cerința firească de a ne autodepăși! Numai că autodepășirea se obține printr-un spor progresiv al efortului investit și nicidecum luînd în spinare un sac care ne depășește puterile; ne va doborî!

La polul opus, subsolicitarea determină la orice organism viu diminuarea calităților funcționale ale aparatului sau sistemului insuficient utilizat. Spre exemplu, un tînăr care nu face în mod obișnuit nici un efort sau antrenament fizic, fugind numai cîțiva zeci de metri după un autobuz, simte că îi tremură picioarele, se sufocă și inima îi bate nebunește. Toate acestea reflectă pierderea capacității sale de adaptare la efort. Prin urmare, folosirea rațională a aparatelor și sistemelor ce alcătuiesc organismul este o condiție de bază a păstrării sănătății. Același lucru se poate spune și despre funcțiile psihice și despre cele sociale, care, solicitate rațional, se dezvoltă progresiv.

Pentru a nu greși în plus ori în minus, trebuie să avem în vedere propria capacitate de efort și nu a celor de o seamă cu noi, știut fiind că nu pot exista doi oameni identici. Aviz celor care, din spirit de imitație, fac imprudențe încercînd ceea ce pentru ei este imposibil. De aceea este necesar să ne alcătuim o imagine cît se poate de realistă despre forțele proprii, imagine permanent reactualizată. Spre exemplu, tînărul care a întrerupt de cîțiva ani activitatea sportivă se expune la riscuri mari supunîndu-se unui efort egal celui pe care în trecut îl făcea cu ușurință.

În aceeași ordine de idei, părerea destul de răspîndită, conform căreia oricine poate face orice cu condiția să vrea, precum și aceea care susține că tînărul dispune de o vitalitate inepuizabilă, care-l face imun la îmbolnăvire, reprezintă exagerări periculoase. Este adevărat că resursele tînărului sînt mari și că el dispune de posibilitatea de a și le spori, dar aceasta numai în limitele calităților sale înnăscute. Nu orice cal de curse poate fi folosit la cursa cu obstacole, oricît l-am antrena; pur și simplu, pentru că „de unde nu-i, n-ai ce să ceri".

Iată cîteva exemple de suprasolicitare ale organismului și consecințele lor. Jocul cu

mingea ore în şir, parcurgerea unui traseu lung şi dificil la munte, în viteză, fără popasuri şi fără a mînca nimic pe drum, înotul în mare pînă la o distanţă considerabilă de ţărm, toate efectuate în condiţiile lipsei antrenamentului corespunzător. În toate situaţiile de acest fel nu este vorba doar de o suprasarcină aplicată aparatului locomotor, ci şi celui cardiovascular şi respirator, precum şi sistemelor de menţinere constantă a temperaturii corpului, a echilibrului ionic etc. Repetate frecvent sau prelungite în timp, aceste exagerări nu se vor limita la o simplă febră musculară, epuizarea de energie reflectîndu-se asupra întregului organism. Vor apărea de asemenea tulburări de natură psihică, oboseală, greutate în concentrare, încetinirea proceselor intrapsihice, scăderea iniţiativei, indispoziţie şi altele. Împreună, epuizarea fizică şi neajunsurile psihice măresc riscul de accidente, risc prezent şi atunci cînd cineva face un efort violent de scurtă durată — ridicarea de la pămînt a unui obiect foarte greu. Se pot produce întinderi sau rupturi musculare, hernii abdominale sau ale discului intervertebral, entorse, luxaţii etc. În sfîrşit, chiar un efort obişnuit, efectuat în timpul evoluţiei unei boli sau în perioada de convalescenţă, capătă dimensiunile unei suprasolicitări. De fapt, o suprasolicitare, prin consumul de energie superior celui normal, echivalează cu contractarea unei datorii a cărei achitare — prin odihnă şi alimentaţia corespunzătoare — va reclama un timp direct proporţional cu cuantumul acesteia.

Toate cele afirmate despre suprasolicitarea fizică sînt aplicabile şi pe plan psihic. Elevul sau studentul care învaţă doar în zilele ce precedă tezele sau examenele, după ce întreg trimestrul ori semestrul n-a pus mîna pe carte, se expune surmenajului, stare asemănătoare, pînă la un punct, febrei musculare.

Să vedem acum ce se întîmplă în cazul obosirii exagerate a unui aparat din organism. Vă place să ascultaţi muzica de dans la intensităţi atît de mari, încît ajungeţi la conflicte cu părinţii şi chiar cu vecinii? La discotecă muzica neînsoţită de spectacolul oferit de orga de lumini n-are farmec? Ei bine, aflaţi că în asemenea condiţii aparatul auditiv şi cel vizual sînt supuse unui stres intens şi dăunător. Pe de o parte, traumatizarea sonoră conduce la o diminuare progresivă a auzului, nereversibilă, însoţită de alte semne de suferinţă: zgomote în urechi, ameţeli, nesiguranţă în mers ş.a.m.d. La rîndul lor, variaţiile ritmice ale intensităţii luminii suprasolicită capacitatea de adaptare la lumină a ochiului. Pe de altă parte, stimularea excesivă a celor două organe de simţ determină o creştere peste limita fiziologică a stării de excitaţie a sistemului nervos central. Drept urmare se produce o dereglare a funcţionării unor centri nervoşi, care se manifestă prin dureri de cap, ameţeli, accelerarea pulsului, transpiraţii, frisoane, tremurături, oboseală etc., dar şi prin nervozitate, nelinişte, irascibilitate, agresivitate. Şi fiindcă m-am referit la discotecă, dacă veţi adăuga biciuirii cu decibeli şi cu stimuli luminoşi intermitenţi norul gros de fum de tutun, cafelele, eventual şi coniacurile, fireasca plăcere pentru dans şi muzică va fi plătită cu un preţ exorbitant!

Înainte de a trece la alt subiect, să ne oprim puţin şi la subsolicitare. Întreaga zestre de însuşiri cu care fiecare vine pe lume îşi pierde valoarea dacă nu este folosită raţional. Acelaşi fenomen se întîmplă şi cu organismul uman, ale cărui funcţii se degradează dacă nu sînt antrenate corespunzător. Or, se ştie că printre particularităţile vieţii omului contemporan figurează şi sedentarismul. La copii, se observă scăderea timpului afectat jocurilor în aer liber datorită irezistibilei tentaţii reprezentată de micul ecran; la adulţi automobilul şi ritmul alert al vieţii au condus la o diminuare vătămătoare a mişcării. Tinerii, mai ales cei cu o activitate predominant intelectuală — elevi, studenţi —, părăsesc adesea bunul obicei de a practica un sport sau o altă formă de antrenament fizic, sub presiunea penuriei timpului liber provocată de solicitările şcolare sporite. Unii părinţi contribuie şi ei la această conduită nesănătoasă, pornind de la ideea falsă că joaca la copii şi sportul la adolescent şi tînăr reprezintă un timp pierdut. Or, lipsa antrenamentului fizic sistematic este firesc să dea naştere la gîfîială, accelerarea pulsului, oboseală cu ocazia celui mai neînsemnat efort. Aceeaşi poate fi cauza scăderii randamentului la învăţătură, în pofida înmulţirii orelor de studiu, a senzaţiei aparent nejustificată de epuizare fizică şi psihică. Explicaţia? Scăderea vigorii organismului scade vioiciunea minţii! Dacă timpul nu permite mai mult, un scurt program de cultură fizică, efectuat zilnic, dacă nu dimineaţa, peste zi sau cu o oră înainte de culcare, redă vigoarea pierdută.

Despre funcţia de furnizor al energiei necesare vieţii şi tuturor activităţilor noastre pe care o îndeplineşte organismul voi reaminti doar cîteva aspecte. Materia primă necesară o procurăm prin alimentaţie, care trebuie să îndeplinească o condiţie majoră: să fie raţională. Cu alte cuvinte, să corespundă nevoilor organismului, cantitativ — valoare calorică —, calitativ — conţinutul în proteine, hidrocarbonate, grăsimi, săruri minerale, vitamine — şi ca ritmicitate a alimentaţiei. Se subînţelege şi respectarea cu stricteţe a condiţiilor impuse de igiena alimentelor.

Printre abaterile cele mai des întîlnite la tineri în această direcţie merită semnalate: mese neregulate cu mari variaţii cantitative,

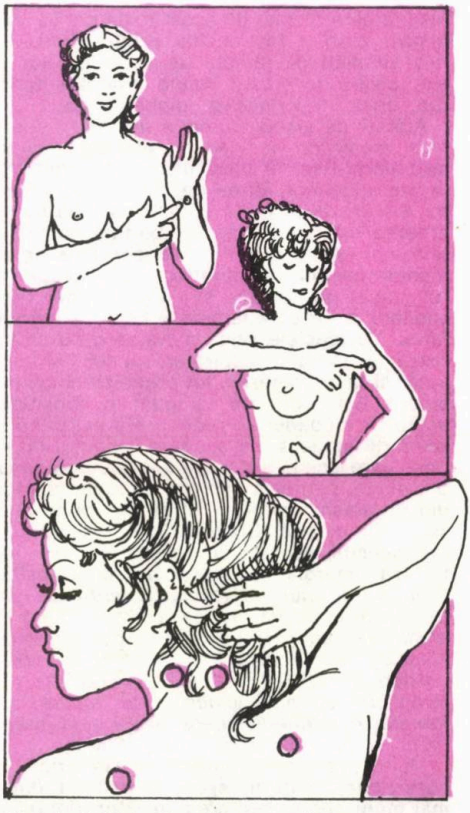
preferința pentru alimente reci, adoptarea din proprie inițiativă a unor regimuri alimentare nepotrivite. Iată-le neajunsurile. Suprimarea unor mese, pretextată de lipsa de timp, prelungind exagerat intervalul dintre două mese succesive, provoacă scăderi nefiziologice ale unor substanțe energetice din sînge, glucoza în special. Urmarea va fi apariția nu numai a senzației de foame, gol în stomac și slăbiciune, ci și a altor tulburări, ca: dureri de cap, amețeală, tremurături, transpirații reci, senzația de leșin iminent etc. Acestea din urmă se explică prin scăderea glucozei din sîngele circulant, care face ca neuronii să nu poată folosi oxigenul. În atare condiții se instalează și o neliniște, greutate în concentrare, lentoare a gîndirii, pierderea spontaneității, lapsusuri și fenomene de blocaj mintal. Destul de mulți studenți, bine pregătiți, au ratat unele examene printr-o astfel de inhibiție, pentru că au învățat toată noaptea din ajun, renunțînd și la cină și la gustarea de dimineață.

Cei care „sar" peste dejun își încarcă exagerat stomacul seara, datorită foamei exagerate. Stomacul va suferi atît din cauza secreției „în gol" de la amiază, cît și excesului datorat mesei de seară; în plus, somnul va fi zbuciumat, întrerupt de coșmare și neodihnitor.

O greșeală întîlnită, uneori, este supraalimentația cu scopul creșterii capacității mintale în perioadele de vîrf ale activității școlare sau universitare. Mărind peste măsură ingestia de alimente, digestia se prelungește și se face mai greu, iar tînărul se simte obosit, somnolent și „greoi" la minte.

Și curele de slăbire puse în aplicare, fără a consulta medicul, sînt riscante, pentru că necunoscînd adevărata cauză a plusului de greutate, regimul adoptat poate da naștere la tulburări. Unele tinere, făurindu-și un model ideal de „perfecțiune", decretează brusc un fel de „greva foamei", cu scopul de a se identifica modelului ales. Fie că renunță la masa de prînz, fie că elimină total hidrocarbonatele — pîine, dulciuri, paste făinoase etc. — din alimentație, acestea observă că, după o săptămînă greutatea lor n-a scăzut la nivelul propus. Atunci sau înăspresc postul sau... intră în prima cofetărie și comandă două porții de profiterol. Și mai ciudat este faptul că există tinere care încep un astfel de regim exact în momentele în care se impune o alimentație rațională, suficientă pentru a face față unor solicitări sporite (spre exemplu studente aflate în sesiunea de examene).

Legată de alimentație este și problema consumului de băuturi alcoolice. A bea de supărare, mi se pare asemănător comportamentului struțului. A bea mai mult decît trebuie „de bucurie" poate umbri trăirea bucuriei. A bea pentru a „prinde curaj" este riscant. A bea pentru a cîștiga un concurs *ad hoc*, cu tema „Cine bea mai mult cîștigă", îmi reamintește o cugetare islamică: „cea mai dăunătoare greșeală este aceea despre care nu știi că reprezintă o greșeală, dar mult mai periculoasă este aceea pe care o crezi de-a dreptul un act de virtute". Departe de mine intenția de a administra celor vizați o lecție de morală, dar sînt dator să precizez caracterul neadecvat și periculos al unor păreri care mai circulă încă prin-



tre tineri. Astfel, absența semnelor cunoscute ale beției, după consumarea unei cantități mari de băuturi — așa-zisa „rezistență la băutură" — nu constituie o dovadă a imunității individului față de acțiunea toxică a alcoolului! *Credința unora că alcoolul face rău numai dacă apare starea de beție este falsă, întrucît beția este forma acută a intoxicației, dar nu singura.* Spre exemplu, deprinderea de a bea zilnic o cantitate moderată de alcool concentrat — o „tărie" — conduce la o intoxicație lentă, ale cărei urmări se materializează în timp, prin instalarea unei boli „venită din senin", dar care nu a picat din cer, ci a venit ca o urmare firească a consumului sistematic de alcool. Pe de altă parte, băutul care a devenit obișnuință dovedește că a intervenit și dependența, fenomen similar dependenței celui drogat, de drog.

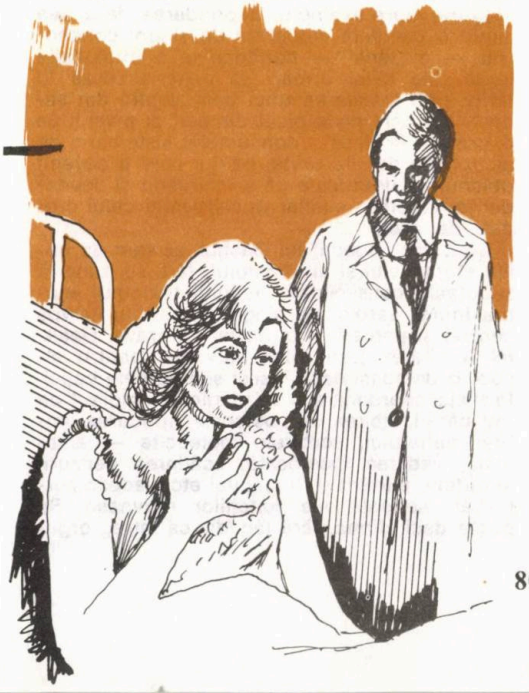
De obicei, adepții lui Bachus se tem de bolile stomacului și ale ficatului, fără să pună la socoteală consecințele acțiunii toxicului asupra inimii, vaselor de sînge, sistemului nervos central și periferic etc., la fel de grave. Dealtfel afinitatea țesuturilor nervoase pentru alcool o demonstrează înseși simptomele beției. Proasta coordonare a mișcărilor — mersul pe trei cărări, izbirea de obstacole, apucarea umbrei paharului, vorbirea împleticită — amețeala, vederea încețoșată, scăderea cenzurii atitudinii, purtării și limbajului etc. vădesc perturbări serioase ale funcțiilor nervoase. Se poate deci afirma, fără tăgadă, că întreg orga-

nismul este afectat de acest toxic perfid, motiv pentru care a fost inclus printre factorii de risc vinovați de înmulțirea așa-numitelor boli ale „civilizației", care includ infarctul miocardic, boala hipertensivă, diabetul ș.a.

Alături de alcool, *fumatul figurează și el pe lista factorilor de risc* menționată mai sus, atribuindu-i-se, în plus, un rol determinant și în apariția unor forme de cancer. Știm astăzi că, alături de nicotină și de oxidul de carbon, arderea tutunului pune în libertate numeroase substanțe generatoare de cancer. Este de asemenea dovedit că nefumătorii care respiră aerul poluat de fumători sînt expuși unor riscuri similare celor care fumează. Este de reținut și faptul că efectele sale dăunătoare nu se limitează la aparatul respirator, la cel cardiovascular și la cel digestiv, tot organismul avînd de suferit. Este suficient să luăm în considerare acțiunea nicotinei de reducere a calibrului vaselor de sînge și pe aceea a oxidului de carbon, care scade simțitor cantitatea oxigenului din sînge, pentru a înțelege că toate țesuturile din organism vor primi sînge mai puțin și mai sărac în oxigen. Creierul, spre exemplu, cel mai sensibil la lipsa de oxigen, nu mai poate furniza energia necesară funcțiilor psihice. *Prea puțini tineri țin seama de faptul că fumatul scade eficiența procesului de învățare prin afectarea atenției, puterii de concentrare și clarității ideilor, datorate, inițial, unei suprаîncordări și, ulterior, oboselii generată de creșterea concentrației toxicelor cu fiecare țigară fumată. Aviz tinerilor care învață pînă noaptea tîrziu și aprind țigară de la țigară!*

Mulți adolescenți aprind prima țigară din curiozitate, mulți din spirit de imitație, dar cei mai mulți pentru a-și crea iluzia că sînt maturi. Obișnuința odată instalată, chiar și cei hotărîți să renunțe amînă mereu, pățind, așa cum spun spaniolii: apucînd pe strada „mai tîrziu", nu ajungi decît în piața „niciodată".

Din categoria preferințelor care ar putea lipsi face parte și *cafeaua.* O cafea mică pe zi, pentru cei sănătoși, are și ea farmecul ei și nu poate constitui un cap de acuzare. *Cînd, însă, cafeluța ia proporții, repetîndu-se ca țigările, una după alta, fiind atît de concentrată încît lingurița se menține la verticală, nesprijinită, nevinovata plăcere a devenit viciu.*



Dealtfel, în zilele noastre cafeaua este mai apreciată pentru efectele sale stimulatoare, decît pentru gustul său. Mulți tineri care învață — și nu numai ei —, cunoscîndu-i acțiunea de risipire a stării de somnolență și a senzației de oboseală, precum și accelerarea fluxului de idei și plusul de claritate al acestora, pe care le produce, sînt tentați să abuzeze. Aceasta, cu atît mai mult, cu cît efectele menționate sînt de scurtă durată. Numai că la repetarea stimulării cu încă o cafea, rezultatele nu mai sînt aceleași, putîndu-se instala o stare de epuizare și somn irezistibil sau fenomene toxice.

Se știe că la numai 5 minute după ce a fost băută, cofeina conținută de cafea se răspîndește în întreg organismul. În doze mai mari ea produce, direct sau prin intermediul sistemului nervos central, modificări ale funcționării normale a tuturor aparatelor și sistemelor, organelor de simț, mușchilor și, bineînțeles, a sistemului nervos. Toate acestea se traduc prin apariția unor simptome somatice ca, spre exemplu, accelerarea pulsului și a respirației, amețeli, transpirații, tremurături ale mîinilor, senzații neplăcute în mușchi etc. Se produc însă și fenomene determinate de depășirea nivelului fiziologic al excitației în organele de simț, manifestată printr-o sensibilitate exagerată la stimulii senzoriali — vizuali, sonori etc. *Dar, insomniei și durerilor de cap produse de intoxicația cofeinică li se adaugă o supraîncordare psihică, neliniște, irascibilitate și alte dereglări ale funcțiilor psihice, soldate cu scăderea randamentului activității intelectuale și mai ales a celei de învățare.*

Din cele înfățișate rezultă că biciuirea organismului cu ajutorul cafelei se aseamănă cu biciuirea calului: folositoare cînd și cînd, ca îndemn, devine păgubitoare dacă se exagerează; calul sare, zvîrle, rupe hamurile sau aleargă pînă cade epuizat.

Să trecem acum la un alt subiect, important pentru păstrarea sănătății, *somnul.* „Prea mult, obosește", spunea Homer, „o oră de somn înainte de miezul nopții face cît trei după", spun alții. Excesul de somn este rar la tînărul sănătos, mai frecventă fiind tendința de a se culca tîrziu, după miezul nopții, ceea ce face dificilă trezirea la ora impusă de program. Dacă, într-adevăr, există situații care obligă la prelungirea activității pînă la ore înaintate, nu este recomandabil să se depășească miezul nopții și, cu atît mai puțin, repetarea acestei practici potrivnică ritmului biologic. Lucrul în schimbul de noapte se supune cu totul altor legi, în sensul că se produce o adaptare, iar somnul se recuperează în timpul zilei, ceea ce la tinerii care învață nu este posibil.

Nevoia de somn — numărul orelor de somn — diferă de la o persoană la alta, dar reducerea sub limitele fiziologice a orelor dormite face imposibilă achitarea datoriilor rezultate din cheltuielile de energie de peste zi și, deci, refacerea capacității de muncă. Relaxarea musculară, scăderea ritmului respirator și car-

diac, întreruperea afluxului stimulilor senzoriali din timpul somnului scad consumurile la minimum, crescînd acumulările. Spre exemplu, creierul își scade metabolismul cu cca 10% și sporește rezervele sale de substanțe fosforate, indispensabile utilizării glucozei și oxigenului.

Privațiunea prelungită de somn, golind stocurile organismului de energie, nu se soldează numai cu indispoziția și oboseala matinală. Apar și surmenajul cu insomniile ce-l însoțesc; deficitul energetic sporește, randamentul activității coboară, iar scăderea atenției voluntare și a promptitudinii reacțiilor expune la accidente de tot felul. Astfel de insomnii nu se vindecă prin administrarea de medicamente, ci prin respectarea unei ore, mereu aceeași, de culcare.

Să ne îndreptăm acum atenția asupra *muncii,* o trebuință specifică omului, „sarea vieții", cum o numea un gînditor din sec. al XVIII-lea. Îndeplinită rațional, ea constituie un factor esențial pentru păstrarea bunăstării celor trei componente ale omului. Ea are la bază o motivație ideo-afectivă (ideile, mobilurile și sentimentele) care o declanșează, iar desfășurarea ei este influențată de atitudinea persoanei și de nivelul de aspirație (pe de o parte continuitate și perseverență, pe de altă parte, exigența față de roadele propriei activități). Dar, pentru ca munca să dea rezultate corespunzătoare și să contribuie la păstrarea sănătății și a echilibrului psihic, ea trebuie să îndeplinească mai multe condiții, dintre care voi aminti cîteva. Prima dintre acestea este existența aptitudinilor și a vocației potrivite profilului muncii efectuate. De acești doi factori trebuie să țină seama tinerii în momentul în care își aleg profesia căreia urmează să i se dedice. Este important de reținut faptul că aptitudinile fiecăruia sînt înnăscute! El se dezvoltă prin educația și prin antrenarea lor, dar nu se pot crea! În afara unor aptitudini „generale", cum ar fi îndemînarea sau inteligența pentru anumite profiluri de activitate se impune ca tînărul să dispună și de aptitudini „speciale", corespunzătoare profilului ales. O greșeală relativ frecventă constă în confundarea îndemînării cu aptitudini intelectuale, ca în cazul tînărului care de timpuriu s-a dovedit deosebit de îndemînatec în repararea și construirea aparaturii electronice, dar care, odată intrat la facultatea de electronică, își dă seama că-i este imposibil să acumuleze cunoștințele necesare unui inginer electronist. Lipsa aptitudinilor poate conduce la un eșec total, ceea ce se întîmplă foarte rar în cazul lipsei vocației corespunzătoare profilului activității efectuate. Aceasta se explică fie prin substituirea dragostei pentru o anumită profesie cu avantajele pe care le promite — statut profesional, retribuție etc. —, fie prin dobîndirea pe parcursul instruirii sau prestării activității respective a interesului și a plăcerii de a o efectua. Munca dispune de atributele folositoare sănătății noastre direct proporțional cu satisfacțiile spirituale și materiale pe care le oferă și de aceea este bine să ne străduim ca, prin intermediul rezultatelor obținute, să ne creăm satisfacția de care avem nevoie.

O alta condiție necesară este „raționalitatea" activității, adica evitarea supra- și subsolicitărilor cu ajutorul unui ritm potrivit al desfășurării ei. Continuitatea și consecvența, care depind de o bună organizare, cresc randamentul cantitativ și calitativ, scăzînd progresiv energia investită și făcînd posibilă adaptarea fără dificultate la solicitările perioadelor de vîrf — la studenți, spre exemplu, sesiunile de examene.

Continuitatea nu trebuie confundată cu exclusivitatea, cu prelungirea dincolo de limitele fiziologice, fără pauze și fără odihnă, cu excluderea oricăror altor preocupări și activități. Acest stil de muncă, prin unilateralitate, monotonie și solicitare exagerată scade eficiența și creativitatea, conducînd repede la instalarea surmenajului. Adăugîndu-se eșecurile și imposibilitatea atingerii parametrilor corespunzători dorinței și efortului investit, munca se transformă în chin. Se desprind cîteva învățăminte prețioase: primul, să nu ne propunem realizări exagerate în raport cu posibilitățile proprii și cu cele oferite de condițiile reale — timp, dotare tehnică etc. Al doilea, oricît ne-ar pasiona ceea ce facem, să nu uităm că supunîndu-ne unei munci istovitoare, eliminînd celelalte trebuințe fiziologice — activități în aer liber, cu solicitare musculară, alimentație și somn —, suficiente și la timp etc., spirituale — artă, cultură — și sociale — întîlniri amicale etc. — nu vom atinge performanțele scontate, dar vom crea premisele perturbării sănătății și echilibrului psihic.

La tineri, mai frecvente sînt abaterile în sens opus, munca în salturi, separate de lungi perioade de „lîncezeală". Se pierde în felul acesta chiar și obișnuința de a sta la locul său la masa de lucru, fiind necesară o cheltuială de energie pentru a putea face acest lucru. Pe de altă parte, sub presiunea timpului, concentrarea scade, iar atenția oscilează între conținutul activității și timpul rămas la dispoziție

pentru efectuarea sarcinii; de calitatea muncii să nu mai vorbim. Se renunță la pauze, la mese, la somn, consecințele fiind bine cunoscute de cei care procedează așa. Curios este faptul că unii nu se lecuiesc și repetă greșeala, deși de-abia au ieșit cu fața curată dintr-o situație anterioară asemănătoare.

Ambele stiluri defectuoase de muncă descrise generează supraîncordări psihice, dublate de tulburări somatice, de o irascibilitate ieșită din comun, cauză a numeroase conflicte cu cei din jur, eșecuri.

Foarte pe scurt, iată și cîteva cuvinte despre *folosirea judicioasă a timpului liber.* Excepțînd orele rezervate somnului, oricît de limitat ar fi timpul liber, el trebuie să satisfacă 3 „D": destindere (odihnă), divertisment (distracții), dezvoltare (îmbogățirea culturii). Sînt recomandabile activitățile în aer liber, cele cu profil diferit de munca profesională, dar preferate, și în nici un caz cele care pot reprezenta o sursă de oboseală suplimentară. Unii greșesc „distrîndu-se" așa fel încît ajung la epuizare, alții irosind acest timp prețios printr-o inactivitate totală, crezînd că astfel se „odihnesc". Ca în toate, calea de mijloc este înțeleaptă și sănătoasă.

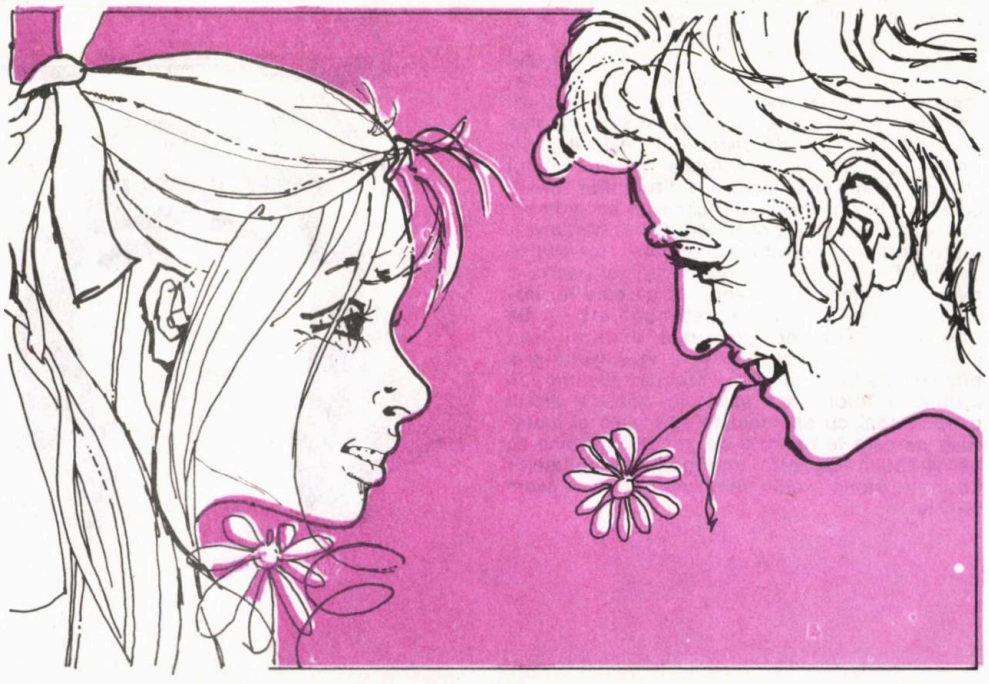
În încheierea dialogului nostru se cuvin și cîteva cuvinte privitoare la relațiile interpersonale. Atitudinile și comportamentele din familie și din societate sînt influențate de temperament și de particularitățile afective dar, concomitent, și de caracter, de educație și de experiența de viață. Primele două trăsături se supun mai puțin voinței decît celelalte trei, dar toate laolaltă pot fi adaptate cerințelor societății din care facem parte. Adaptarea reclamă, în primul rînd, o autocunoaștere realistă și apoi găsirea modalităților potrivite propriei structuri. Modalitățile adaptării sînt testate prin încercări care se pot dovedi sau promițătoare, sau nepotrivite. Cu timpul se produce o selecție care permite perfecționarea mijloacelor adaptative.

Două mi se par a fi cauzele principale ale greșelilor pe care le fac tinerii în această direcție: *pripeala și luarea în considerare numai a propriului punct de vedere.* Pripeala înlesnește reacții fulgerătoare, determinate de primul impuls și de prima impresie. Faza deliberării, care trebuie să preceadă orice hotărîre și orice trecere la acțiune, fiind suprimată, reacțiile vor fi necugetate. Cîte necazuri nu pricinuiește acel prim impuls blestemat, și celui care l-a cedat, și celorlalți. Este suficient să vă reamintiți de conflictele avute cu persoana îndrăgită sau cu părinții, pornite de la un gest sau un cuvînt banal, lipsit de orice urmă de rea-intenție. Cîte urmări neplăcute pentru propria stare psihică — regrete, remușcări —, pentru activitatea desfășurată și pentru relațiile cu cei din jur, care ar fi putut fi evitate. Și toate acestea pentru că n-a fost pusă în cumpănă decît situația și mentalitatea proprie, nu și a celui din față.

Autocontrolul atitudinilor și comportărilor personale se educă, iar efortul investit echivalează cu strădania de a păstra echilibrul psihic. Orice reacție nepotrivită, scăpată de sub controlul rațiunii, acționează ca un bumerang; după ce l-a izbit pe cel din față se întoarce și-l lovește și pe cel care l-a aruncat. Dacă fiecare ar fi la fel de exigent cu el însuși, cum se arată față de ceilalți, zicala cu „așchia" și cu „bîrna" n-ar mai fi invocată atît de des...

Ajuns la sfîrșitul dialogului cu tinerii mă întreb ce am reușit. Am înfățișat fenomene, fapte și cugetări „de la lume adunate", așa fel încît sfatul cel bun să iasă singur la iveală. Am folosit un amestec de glumă și serios, pentru a menține trează atenția cititorului. Am presărat discuția cu aluzii, pentru a nu lăsa impresia unei lecții de morală. Dacă fiecare dintre dumneavoastră, cititorii, ați reținut o idee, v-ați putut explica un fenomen sau v-a deșteptat o întrebare în legătură cu atît de complexa problematică a sănătății, strădaniile mele n-au fost zadarnice.

Dr. OCTAVIAN IENIȘTEA
MEDIC PRIMAR NEUROLOG



ştiaţi că...

— ARTHUR CONAN DOYLE **(1859—1930), cel care a creat pe celebrul detectiv Sherlock Holmes, a fost unul dintre cei mai apreciaţi medici ai epocii sale? Drept model i-a servit chirurgul Joseph Bell, profesor la Facultatea de Medicină din Edinburgh, înzestrat cu un spirit de observaţie şi deducţie excepţional;**

— JOHN BULL, **personajul legendar care reprezintă figura tipică a englezului, a fost creat de către medicul** JOHN ARBUTHNOT **(1667—1735), în ciclul de pamflete „Istoria lui John Bull"?**

— limba esperanto a fost creată de medicul oftalmolog polonez LUDWIG ZAMENHOF **(1859—1917)?**

— SOMMERSET MAUGHAM **(1874—1965), celebrul romancier şi nuvelist englez, a fost medic? Formaţia sa medicală l-a influenţat mult nu numai în alegerea subiectelor din lumea medicilor şi a bolnavilor, ci şi în modul de tratare al acestora;**

— poetul german LENAU **(1802—1850) a studiat 2 ani medicina, pe care a abandonat-o neputînd suporta atmosfera disciplinei de anatomie?**

— JEAN PAUL MARAT **(1743—1793), personalitate dominantă a Marii Revoluţii Franceze, a fost medic oftalmolog? El s-a ocupat şi de fizică, elaborînd unele lucrări în domeniul luminii şi al electricităţii în care, în mod greşit, îl combătea pe Newton;**

— celebrul dramaturg SCHILLER **(1759—1805) a fost medic? Pentru obţinerea acestui titlu a fost nevoit să prezinte 2 lucrări de diplomă. Prima, intitulată „Filozofia fiziologiei", i-a fost respinsă ca „revoluţionară". Cea de a doua, „Despre relaţiile dintre natura animalică a omului şi natura lui spirituală", i-a fost acceptată, acordîndu-i-se titlul de medic;**

— autorul cunoscutului roman „Misterele Parisului", scriitorul francez EUGÈNE SUE **(1804—1857), a funcţionat 5 ani în calitate de medic chirurg al marinei militare?**

— A. J. CRONIN **(1896—1981), autorul romanelor „Castelul pălărierului", „Sub stele", „Citadela" ş.a., a fost, pînă la 35 de ani, medic practicant în diverse oraşe ale Angliei?**

— DAVID L. LIVINGSTONE **(1813—1873), explorator, geograf, biolog, botanist, scriitor remarcabil, cel care s-a făcut celebru prin descoperirile sale geografice, a fost şi medic?**

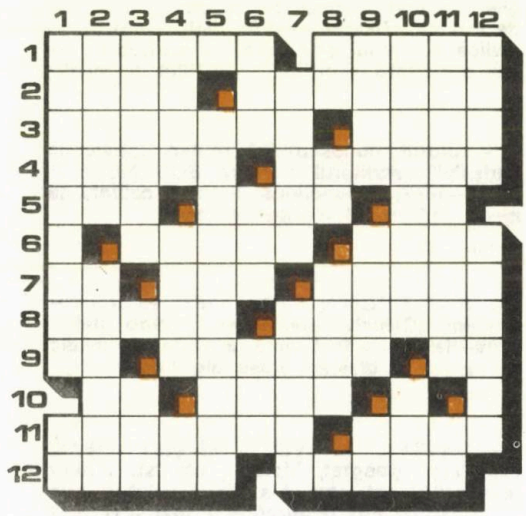
— apariţia primului ziar, în 1631, „La Gazette", a fost opera unui medic — THÉOPHRASTE RENAUDOT?

— A. P. CEHOV **(1860—1904), apreciat ca unul dintre cei mai desăvîrşiţi povestitori, a fost medic?**

— pentru opera lor literară au fost aleşi să figureze printre „nemuritorii" Academiei Franceze şi 3 medici: GEORGES DUHAMEL, PASTEUR-VALLERY RADOT şi HENRY MONDOR?

I. MURGAN

Vară la mare



Dicționar: AIOM, ALONG.

ADAM STOICA

ORIZONTAL: 1. O „perlă" din șiragul de „nestemate" al litoralului românesc — Pe plajă. 2. „Pe litoral" din opereta „Întîlnire cu dragostea" de N. Kirculescu, de pildă (pl.) — Autorul lucrării simfonice „Poemul mării". 3. Țărmul mării — Bătrînul lup de mare din nuvela „Vraja mării" de Alice Botez. 4. „Pe litoral mi-a rămas...", melodie de Radu Șerban — Interzise. 5. Nicolae (abr.) — „... de valuri la Mamaia", melodie de Laurențiu Profeta — Constanța est! 6. „... pe malul mării", poezie de Cristian Sîrbu — București — Constanța-Mangalia, de exemplu 7. Afiș! Mari maeștri — Țară africană. 8. Bronzate, nu glumă — Leguminoasă în păstăi. 9. Urmare! — Greșeală — ... și s-a întors! 10. La intrarea în Năvodari! — Scriitor român (1874—1933), autorul unor „schițe marine" (Jean). 11. Timonier — Autorul compoziției „Noi doi și valul mării" (Edmond). 12. Autorul poeziei „Amurg marin" (vol. „Primăvara cosmică"; Ion) — „...litoralului", operetă de Viorel Doboș.

VERTICAL: 1. Autorul melodiei „La mare" (H) — Precum. 2. Arbori de pe malul apelor — Autorul (1901—1938) melodiei „Iubito cu ochii verzi ca marea" (Ionel). 3. Oțelarul din nuvela „Plaja", de Ștefan Bănulescu (Manea) — Mai mult decît bronzat. 3. Insulă în Noua Guinee — Pe țărmul ei însorit își petrec concediile de odihnă zeci de mii de oameni ai muncii — Merge o dată la Mangalia și de două ori la Mamaia! 5. Compozitorul (1927—1984) melodiei „Pe litoral" (2 cuv.). 6. *Sine qua non*-ul mării — Mediu marin! — Refren pe malul lacurilor. 7. Radă a Golfului Tonkin — De la mare. 8. Nantes! — Date sub semnătură — Final la jocul de table. 9. Victimă înaripată a soarelui (mit.) — Zîmbetele fierbinți ale soarelui, a căror acțiune ne bronzează — Drum lăturalnic! 10. Se execută de la trambulină — Conducător. 11. Se avîntă în largul mării (pl.) — Undă! 12. A așeza — Cel de aici.

Desene de NIC. NICOLAESCU

Fără cuvinte

HAZOTERAPIE

DENTISTUL: — De ce țipați? Nici nu v-am atins încă dintele bolnav!

PACIENTUL: — E adevărat, dar stați cu piciorul pe bătătura mea!

ÎN TRAMVAI:

— Să nu sări înainte de a opri tramvaiul!
— Mă grăbesc să ajung la spital.
— A, atunci n-ai decît să sări...

LA FARMACIE:

— Îmi cade părul! Nu știți cum aș face să-i păstrez?
— Ba da. Într-o cutie de carton...

DOI MICROBI STAU DE VORBĂ:

— Ce-i cu tine, că arăți atît de prost?
— Sînt bolnav!
— Dar ce ai?
— Penicilină!

CURTEZANUL LA MARE:

— Ce rău îmi pare, duduie, că nu suferiți și dv. de reumatism! Am fi făcut un ghiol împreună...

— Doctore, un farmacist m-a sfătuit...
— Știu! Vă sfătuiți mai întîi cu farmaciștii și apoi veniți la medic. Și ce prostie ți-a spus farmacistul?
— Să vin la dv!

ÎN SALA DE CHIRURGIE A UNUI SPITAL, DOUĂ SURORI MEDICALE STAU DE VORBĂ:

— Cine e pacientul de pe masa de operație? — întreabă una din ele.
— Un scoțian, care a înghițit o minge de ping-pong.
— Și omul nervos care stă lîngă el?
— Partenerul său de joc; mingea era a lui și o vrea înapoi.

UN VÎNĂTOR REVINE ACASĂ MORT DE OBOSEALĂ ȘI FĂRĂ VÎNAT. VECINUL, MEDIC DE PROFESIE, SE AMUZĂ:

— Nimic, nimic?
— Și ce-i de rîs, doctore? Iepurii nu stau pe loc ca bolnavii!

DIALOG:

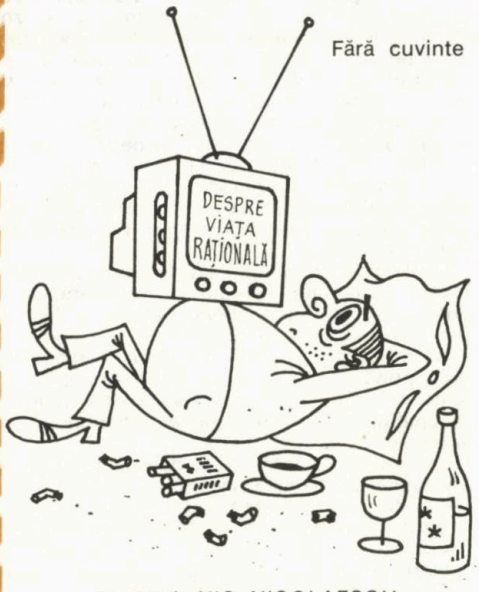
— Nu vreau să vă sperii, dar temperatura dv. mă îngrijorează. Patruzeci și unu de grade...
— N-are rost să vă enervați, doctore, — spune pacientul. Acum cîteva minute am amestecat ceaiul fierbinte cu termometrul...

MEDICUL EXAMINEAZĂ O PACIENTĂ:

— Aveți dureri de cap, suferiți de stomac, tensiunea e ridicată... cîți ani aveți?
— 29
— ... și o puternică amnezie!

Culese și selectate de: PIA HAȚEGANU

Fără cuvinte



Desen de NIC. NICOLAESCU

Cîteva condiții psihologice de optimizare a relațiilor INTERPERSONALE

Progresiva accelerare a ritmurilor vieții cotidiene, enormele modificări socio-profesionale survenite în ultimele decenii, creșterea numărului relațiilor interumane, dar și superficializarea acestora, apariția unor tendințe antagoniste în familia nucleară și în familia lărgită au făcut ca individul contemporan să fie supus unor tensiuni psihologice suplimentare, care adesea îl depășesc, devenind — nu o dată — factori favorizanți sau generatori de boală. De boală, înțeleasă ca un disconfort psihic, uneori și somatic, ca o disfuncție a adaptării.

Cele mai multe din aceste tulburări apar reactiv și situațional, ca o lipsă de modulare funcțională la solicitările ecosistemului uman, deși partea individului se manifestă în planul afectivității și, secundar, în plan performanțial. Rapiditatea schimbărilor, incapacitatea sau imposibilitatea de evaluare a resurselor și forțelor proprii, complexitatea unor probleme noi care se cer rezolvate generează o neliniște care, din funcția adaptativă firească pe care o are la început, devine blocantă, perturbatorie și dezadaptativă, atunci cînd ia forma *anxietății* (teamă fără obiect). Frica de situații noi sau de circumstanțe în care subiectul își dă seama că nu poate face față, ca și scăderea pragurilor senzoriale datorită suprasolicitării, lipsa de comunicare și izolarea generează *fobiile.*

Traumele afective — lipsa de apreciere a muncii depuse, tensiunea intrafamilială, alte tensiuni afective prelungite, însingurarea, izolarea, dezrădăcinarea — modifică dispoziția spre polul ei negativ — *depresia.* Aceste trei categorii de tulburări afective, la care se adaugă tulburările psihosomatice și astenia, a căror incidență crescută este alarmantă în ultimele decenii, nu sînt nici pe departe un dat infailibil, care trebuie privit cu resemnare. Ele pot fi prevenite și combătute printr-o serie de măsuri psihoprofilactice, din care nu vom prezenta decît pe cele care privesc relațiile interpersonale.

Deși aceste relații par a fi firești și a se desfășura de la sine, corecta lor modelare, ca și potențialul lor sanogenetic trebuie să fie supus unui nuanțat autocontrol.

A învăța să respecți pentru a fi respectat presupune stabilirea unui echilibru între sisteme axiologice, oferind posibilitatea valorizării calităților personale ale partenerilor, cît și autovalorizarea personală.

Atitudinea de înțelegere, dorința sinceră de a înțelege problemele care se ridică la un moment dat, completarea informațiilor și a cunoștințelor în legătură cu anumite sarcini precis repartizate vor crea nu numai siguranța rezolvării lor, ci și pe aceea că acest lucru se va desfășura cu un optim de efect.

Încrederea, în primul rînd în celălalt membru al cuplului familial, în ceilalți membri ai familiei, în colectivul în care-ți desfășori activitatea este baza unei detensionări afective.

Diversificarea preocupărilor în afara programului de activitate, menținerea unor relații de prietenie și găsirea unor opțiuni și preocupări comune cu unii din tovarășii de muncă reprezintă garanția stabilirii unor relații puternice, care să realizeze o comuniune afectiv intelectuală, un microgrup în care problemele să poată fi cu rapiditate evaluate în veritabilele lor dimensiuni.

Cultivarea unor prietenii stabilite în anii adolescenței, în anii formării profesionale, ca și menținerea legăturilor cu foștii profesori, maiștrii, antrenori, instructori reprezintă un solid punct de sprijin și referință nu numai pentru unele probleme cu caracter profesional, cît și pentru cele sentimentale sau în rezolvarea unor situații inedite, în cazul cărora rolul experienței individuale sau colective

poate evita soluţiile greşite, tensiunea asumării unor responsabilităţi aparent supradimensionate.

Faptul că societatea modernă ne plasează în cotidian în situaţia de a stabili un număr mare de relaţii interumane, care au însă un grad de tranzienţă la fel de ridicat, face necesar ca şi abordarea acestora să se facă fără tensionare, iritare, violenţă verbală sau gestuală.

Unui zîmbet trebuie răspuns întotdeauna cu un zîmbet, unei mîini întinse — cu o strîngere de mînă. Aceasta ar fi sinteza unui major imperativ de psihoprofilaxie primară.

Şi un ultim sfat care va alunga norii, oricît de ameninţători ar părea ei că se ridică în faţa unei relaţii interumane, pe cale de a se constitui:

„Zîmbeşte mereu, iar dacă nu poţi, încearcă!"

Dr. Cătălina Tudose
MEDIC PSIHIATRU
Institutul de expertiză şi recuperare a capacităţii de muncă, Bucureşti

Dr. Florin Tudose
MEDIC PSIHIATRU
Centrul de sănătate mintală Titan, Bucureşti

UMOR medical

EXAMEN GASTROINTESTINAL

Medicul, ajungînd la palparea abdomenului, întreabă pe bolnav, la un moment dat:
— Aveţi gaze, domnule?
— Da, — răspunde acesta. — Avem la sobe şi la baie; la bucătărie nu le-am instalat încă.

LA O FARMACIE

— Aş dori o loţiune pentru creşterea părului.
— Da, domnule! Doriţi un flacon mare sau unul mic?
— Unul mic, fiindcă nu-mi place să port părul mare.

LA RADIOLOGIE

— Sînt foarte supărată pe dv., domnule doctor!
— De ce?
— V-am rugat să-mi faceţi o radiografie a capului.
— Şi nu v-am făcut?
— Ba da, dar nu seamănă deloc!

CONSULT

— Va să zică aţi suferit un accident de maşină! În ce loc aţi fost lovit?
— În B-dul Constructorilor!
— Mă refer la locul propriu-zis...
— Ah, da! În aripa stîngă.

OPERAŢIE ESTETICĂ

Soţul merge cu soţia la un medic estetician, unde aceasta urma să sufere o operaţie estetică. Medicul, în timp ce doamna intră în cabinet pentru operaţie, se adresează soţului:
— Veniţi peste 2 ore şi veţi căpăta cu totul altă femeie!
— M-aş bucura foarte mult, dar vă rog să fiţi discret, să nu afle cumva nevastă-mea.

DEZILUZIE

Pacientul, revenindu-şi din comă:
— Unde mă aflu, în Paradis?
Soţia:
— Nu, iubitule, eşti lîngă mine!

REMEDIU

— Domnule doctor, cum aş putea să-l împiedic pe soţul meu să mai vorbească noaptea în somn?
— V-aş sfătui, doamnă, să-l lăsaţi să vorbească puţin şi în timpul zilei!

Culese şi selectate de:
I. MURGAN

UN PAS ÎNAINTE ÎN DESCOPERIREA PROPRIETĂȚILOR MUTAGENE

CONF. DR. DOC. MARȚIAN COTRĂU
I.M.F. IAȘI

Într-o lume „invadată" de toxici — poluanți industriali, aditivi alimentari și chiar medicamente insuficient controlate — rămîne ca o preocupare mereu actuală studierea unor metode de testare a nocivității noilor produse chimice, introduse, pentru diverse scopuri, în activitatea umană.

Dintre acțiunile toxice, cea mai periculoasă este aceea care afectează codul genetic, adică „normele" de înmulțire celulară și, ca atare, sinteza componentelor organismului. Asemenea toxici poartă denumirea de „toxici genetici". În dirijarea înmulțirii celulare, rolul dominant revine, așa cum se știe, acizilor nucleici: *dezoxinucleic (ADN) și ribonucleic* (ARN). Primul este depozitarul codului genetic, care cuprinde toate „directivele" de refacere și înmulțire celulară, directive transmise printr-o formă a celui de al doilea acid nucleic — acidul ribonucleic mesager (ARN-mesager).

Toxicii genetici, pătrunzînd în celulă și apoi în nucleu — sediul ADN-ului — afectează multiplicarea acestuia, provocînd așa-numita *mutație,* care poate conduce la cancerogeneză.

În mod normal, micile abateri structurale din timpul multiplicării sînt corectate de celula însăși, prin intervenția unor exo- și endonucleaze, enzime cu rol de „controlori de calitate" și de „echipe de intervenție". În cazul unor anumite cantități de substanțe chimice sau agenți fizici cu efecte mutagene, capacitatea de controlare și corectare a defecțiunilor de sinteză a componentelor celulare și chiar a celulelor este depășită, apărînd înmulțirea haotică, primul pas spre cancerizare.

Pentru testarea proprietăților mutagene și cancerigene se experimentează mereu metode noi, mai sigure, mai rapide, mai economice.

Primele metode de testare a cancerogenității substanțelor chimice utilizau animale de laborator și aveau dezavantajul de a fi neeconomice și de durată, întrucît testul cuprindea mai multe generații din aceste animale, a căror întreținere este, dealtfel, costisitoare.

Mai recent, B. N. Ames, de la Universitatea din Berkeley (S.U.A.), a înlocuit animalele de laborator cu anumite sușe (tulpine) de microorganisme — de exemplu *Salmonella* — sușe care sînt mult mai sensibile la acțiunea cancerigenilor. Întrucît toxicul ar putea să nu dezvolte acțiunea mutagenă decît numai după metabolizare, celulele microorganismului sînt incubate împreună cu toxicul într-un extract de ficat de șobolan, care, prin enzimele sale, asigură transformarea compusului primar (toxicul) în metaboliți, dintre care unii ar putea fi toxici genetici. După o incubare de trei zile, se cercetează prezența bacteriilor mutante apărute în urma modificării ADN-ului inițial, sub influența toxicului introdus în mediul de cultură. Evident, metoda are un mers laborios, dar este sigură și mai rapidă decît metoda cu animale de laborator pe mai multe generații.

Progresele bioingineriei au permis însă reducerea testărilor cancerogenității unei substanțe la numai cîteva ore, prin urmărirea unui mecanism biochimic implicat în faza primară a sintezei ADN-ului. Enzimele de „control al calității" produselor de sinteză enzimatică dispun de un agent de reprimare — „represorul" — care nu intervine decît în caz de „avarii" în biosinteza ADN-ului, provocate de un toxic genetic de origine chimică sau fizică. În acest caz, „represorul", printr-un releu de comandă, avînd ca agent principal ARN-mesager, cu gena de apel S.O.S., dispune sintetizarea unor molecule proteice de intervenție pentru repararea dereglării sintezei normale. În absența toxicilor genetici, „represorul" nu funcționează și, ca

atare, nu se sintetizează proteina de intervenție. Testarea toxicității genetice devine, așadar, extrem de comodă, pentru că în mediul de incubare se cercetează prezența moleculei de intervenție printr-un test de culoare, care poate deveni cantitativ, prin măsurarea intensității coloratiei obținute. Metoda, denumită *S.O.S. Chromotest,* este în prezent cea mai eficientă, pînă cînd microprocesoarele, prin calcule de cuantică chimică, vor putea preciza aprioric, nu numai calea de sinteză a noilor compuși, ci și proprietățile lor toxice, cancerigene, terapeutice etc., fără a mai necesita vreo experimentare.

Dar pînă atunci *S.O.S. Chromotest*-ul facilitează enorm munca de investigare a efectelor toxicogenetice. Cu asemenea metodă deschizătoare de noi posibilități de depistare rapidă și sigură a mutagenității substanțelor chimice, lupta împotriva cancerului, *care ocupă locul al doilea în tabloul mortalității generale,* va face un pas important înainte.

CU VALOROASE PROPRIETĂȚI TERAPEUTICE

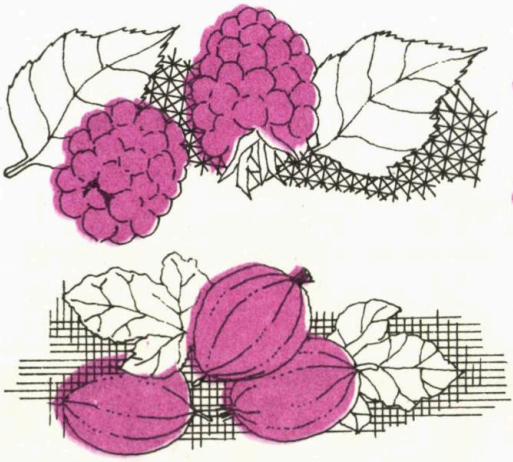
Prețuirea dată de strămoșii noștri geto-daci plantelor medicinale și bogata experiență pe care ne-au lăsat-o moștenire se datorează, în largă măsură, și marii varietăți a florii spontane existente de milenii în spațiul carpato-dunărean. Astăzi se cunoaște că, datorită condițiilor pedoclimatice favorabile, circa 3 700 de specii de plante, adică mai mult de 50% din cele existente în flora din întreaga Europă, vegetează în țara noastră, la acestea adăugîndu-se numeroase plante de cultură, folosite cu bune rezultate în fitoterapie.

Din această gamă largă de resurse naturale terapeutice, ne oprim asupra unor „bălării" — așa cum le considerăm cei mai mulți dintre noi —, cărora li s-au descoperit valoroase proprietăți vindecătoare.

De exemplu, cunoscutul „Ciulin" *(Carduus nutant L.),* prezent în locuri necultivate, se află acum în atenția specialiștilor de la Catedra de farmacognozie a Facultății de Farmacie din București. Ei au descoperit proprietăți hepatoprotectoare decoctului și extractului uscat realizat din această plantă, considerată mult timp „fără folos". Proprietățile se datoresc complexului de constituenți — mai ales aminoacizi și compuși anorganici — existenți în cantități apreciabile în preparatele fitoterapeutice experimentate. Dintre acestea, decoctul realizat din 3—4 g de frunze și partea aeriană înflorită a ciulinului, fierte 5 minute în 500 ml de apă, are efecte pozitive în hepatitele și în insuficiențele hepatice acute și cronice. Din decoct se bea de 3 ori pe zi (după mesele principale) cîte o cană, timp de 3—4 săptămîni. Tratamentul se poate relua după o pauză de 10—15 zile.

Și pentru că ne referim la astfel de „bălării", să continuăm cu „Scaiul măgăresc" *(Onopordon acanthium L.),* buruiană care crește în locuri uscate. Infuzia, realizată dintr-o lingură de vîrfuri înflorite la 250 ml de apă clocotită, are efecte cardiotonice (mărește forța contracțiilor inimii), contribuie la ameliorarea circulației periferice și are și o acțiune diuretică.

O altă plantă din această categorie este „Scaiul dracului" *(Eryngium campestre L.),* ierboasă, ramificată, cu frunze rigide, divizate, spinoase și flori alb-verzui, „Scaiul dracului" s-a constatat că are o acțiune antilitiazică, tonic-aperitivă, coleretic-colagogă și de reglare a ciclului menstrual. Din rădăcinile acestui scai se prepară un decoct (o linguriță de plantă la o cană), din care se beau 2 căni pe zi. Din aceeași familie, a Umbelliferelor, face parte și „Scaiul vînăt" *(Eryngium planum L.),* plantă ce crește în locuri necultivate și care reține atenția prin frunzele rigide și florile al-



bastre. Infuzia sau decoctul obținute dintr-o linguriță de plantă (partea aeriană, mărunțită, 250 ml de apă, băută de mai multe ori pe zi), au o acțiune emolientă, expectorantă, antitusivă, chiar și în tusea convulsivă. Și pentru că ne-am referit la cîțiva „spini" cu proprietăți terapeutice, amintim și „Spinul cerbului" *(Rhamnus cathartica L.),* plantă care crește pe la marginea pădurilor și în tufișuri din regiuni mai joase. Este înaltă, are ramurile terminale scurte, prevăzute cu spini, flori mici, verzi-gălbui, și fructe mici, negre, sferice. Decoctul, preparat din fructele sale (o lingură la 250 ml de apă), din care se beau 2—3 căni pe zi, are o puternică acțiune purgativă, dar și diuretică.

Prezentarea acestor cîtorva „bălării" cu proprietăți terapeutice dorim să o încheiem cu cîteva recente și valoroase date asupra unei plante la fel de puțin luată în seamă de către cei mai mulți dintre noi. Este vorba de „Părul porcului" *(Equisetum maximum L.),* plantă ce crește pe malul apelor, pe coaste rîpoase, în păduri umede și pe marginea șanțurilor. Specialiștii de la Catedra de farmacognozie a Facultății de Farmacie din București, de care am amintit mai sus, au stabilit că tulpinile sterile ale acestei plante au o compoziție chimică asemănătoare cu ale binecunoscutei „Coada calului", dar că ele conțin și o cantitate apreciabilă de oligomeri cu fracțiuni proantocianice, constituenți care au o acțiune capilaro-protectoare importantă. Existența acestor constituenți în structura unei modeste plante, cum este „Părul porcului", confirmă științific utilizarea în medicina populară a tulpinelor sterile ale plantei, pentru proprietățile antihemoragice.

Fundamentarea științifică de către specialiștii noștri a proprietăților terapeutice evidente ale unor plante medicinale aparent modeste, de neluat în seamă, aduce o contribuție valoroasă la dezvoltarea fitoterapiei științifice și o mai largă utilizare a plantelor medicinale dar, totodată, și la confirmarea importantului tezaur al medicinii populare românești, moștenit de milenii de la strămoșii noștri geto-dacii.

N. TURTURESCU

Din însemnările unui

- **Gurmandului îi lipsește mereu ceva; cînd mîncarea, cînd rațiunea...**
- **Închini deseori în sănătatea altuia, dar ți-o bei pe a ta!**
- **Cînd vorbește dieteticianul, e bine ca bucătarul să nu urmeze la cuvînt.**
- **Tragedia supraalimentației se joacă în două acte: actul întîi: „Din greșită înțelegere și ignoranță"; actul al doilea: „Din neputință și slăbiciune".**

Dr. MIHAI MATEICIUC

STOMATOLOGIA ÎN ACTUALITATE

Prof.dr.doc. P. FIRU

ŞEFUL CLINICII DE ORTODONŢIE—PEDODONŢIE, BUCUREŞTI

În stomatologia actuală, sînt două tendinţe evolutive: prima se referă la generalizarea metodelor de prevenire primară a principalelor boli bucodentare, *caria şi gingivita marginală la copii*, considerate şi boli ale secolului nostru, şi a doua, care se referă la *supraspecializarea medicilor stomatologi* chemată să aplice tehnici de înaltă dificultate în vederea reabilitării morfologice, funcţionale şi — mai ales — fizionomice a defectelor buco-dento-maxilo-faciale, generate de boli genetice, neuroendocrine, traumatice sau de eşecurile terapiei cariei, parodontopatiei sau a anomaliilor dentomaxilare.

Referindu-ne la prima tendinţă menţionăm că sînt astăzi ţări — cu tradiţie în stomatologie — care au reuşit să reducă cu cca 75% caria dentară şi cu cca 85% gingivita marginală, prin mijloace educative, prin antrenarea întregii populaţii infantile la efectuarea corectă a igienei bucodentare cu preparate fluorurate, prin reducerea dulciurilor preparate cu zahăr rafinat sau prin înlocuirea zahărului cu sorbitol, xilitol, prin fluorizarea generală cu apă de băut fluorizată, tablete cu fluor (zimafluor, concadent), sare sau lapte fluorurate şi prin sigilarea fosetelor şi fisurilor dentare cu preparate acrilice.

Clinicile de Ortodonţie şi Pedodonţie din Iaşi şi Bucureşti, devenite recent centre de coordonare ale O.M.S., au început o acţiune programată de prevenire a cariei şi a parodontopatiei la copii şi tineri, căutînd să generalizeze cele patru metode preventive dovedite eficiente în ţările care au reuşit să reducă foarte mult aceste două flagele bucodentare ale secolului nostru. În acest program, educaţia sanitară cu profil stomatologic are rolul principal, pentru că zadarnic vom recomanda copiilor să-şi spele dinţii de trei ori pe zi cu pastă de dinţi fluorurată (pastă Elmex), după fiecare masă, dacă bunicii, părinţii sau educatorii lor le vor spune: „Eu nu m-am mai spălat pe dinţi şi, iată, am toţi dinţii în gură!". Trebuie să adăugăm aici că bunicii nu mîncau atîtea prăjituri cît mănîncă copiii noştri, că bunicii mîncau multe fructe sau legume crude, care, de fapt, le spălau dinţii prin simpla masticaţie.

Igiena bucodentară corectă, efectuată de cel puţin 3 ori pe zi, cu *obligativitate seara*, cu peria de dinţi, paste de dinţi fluorurate şi clătirea cu apă de gură fluorurată, ar fi primul mijloc de a reduce caria, gingivita marginală şi evoluţia agravantă a acestora.

Nu putem cere copiilor să nu mai mănînce dulciuri de cofetărie, o prăjitură fiind deseori o recompensă pe care o dăm acestora pentru o faptă bună a lor; le recomandăm totuşi să-şi spele dinţii în primele 5 minute după ce au consumat orice fel de dulciuri; numai în acest fel dulciurile pot fi îndepărtate de pe suprafeţele dinţilor, împiedicînd astfel fermentarea lor şi producerea cunoscutelor plăci dentare microbiene, ce decalcifică smaltul dentar, invadează dintele, producînd leziuni ireversibile locale şi grave boli generale, la distanţă, ca in-

fecția de focare dentară.

Îmbinînd igiena bucodentară cu peria și pasta de dinți, se îndepărtează plăcile dentare, se dezinfectează gura, apărînd și menținînd în acest fel sănătatea dentară a copiilor noștri.

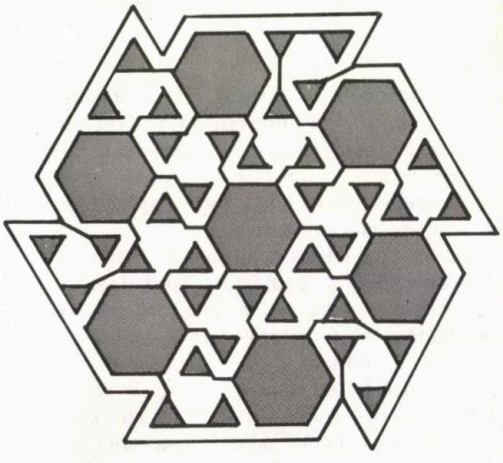
În ceea ce privește cea de a doua tendință, reabilitarea buco-dento-maxilo-facială, aceasta este astăzi în atenția supraspecialiștilor, preocupați de a reda mai ales fizionomia plăcută bolnavilor ce solicită stomatologul.

Stomatologia estetică încearcă să realizeze proporția etajelor feței, profilul ușor convex, forma adecvată a dinților, ce trebuie să apară ca niște perle alb-strălucitoare, înconjurate de buze cărnoase, sănătoase, susținute parcă de ghirlande roz-pal ale mucoasei gingivale, din zona frontală. Există astăzi un adevărat „cod estetic al oamenilor civilizați", lansat de cinematografie, cod ce este aplicat de stomatologii esteticieni, care apelează deseori la supraspecialiști în protetica dentară, în parodontologie, ortodonție, chirurgie ortognatică, chirurgie plastică, reparatorie, în ceramică, în materiale de uz stomatologic, la care se adaugă laboratoarele de tehnică dentară și aparatura de cea mai înaltă perfecțiune.

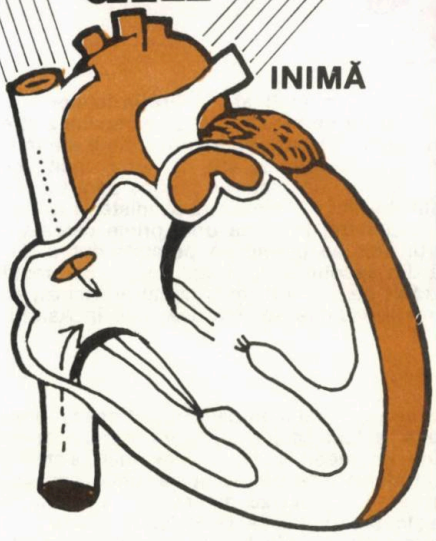
Toate aceste metode de reabilitare fizionomică au devenit însă extrem de scumpe și ele nu pot înlocui niciodată atît de perfect dinții normali, lăsați de natură.

Dacă vom calcula costul extrem de redus al menținerii sănătății dentare prin metodele preventive amintite și costul reabilitării dinților distruși prin carie sau parodontopatie, ne dăm seama că cea mai bună cale de apărare a sănătății dentare rămîne calea profilactică, ca cea mai eficientă metodă, cea mai ieftină și cea care poate fi realizată de fiecare din noi.

LABIRINT



GÎNDURI.... din INIMĂ



- **Una este să fii „inimos" și alta... „cardiac".**
- **Am cunoscut pe cineva care avea o inimă de piatră... și pe deasupra era și necioplită.**
- **Cînd ai „nervi de oțel", inima se transformă în... „beton armat".**
- **Nu cred că există inimi bătrîne. Cel mult, oameni îmbătrîniți de către... inimă.**
- **Cineva s-a bucurat mult cînd a dat peste o inimă fericită în dragoste. Dar, din păcate, această inimă nu era... „donatoare".**
- **Cel mai periculos foc din lume este cel al inimii, căci de el nu te pot salva nici... pompierii.**
- **Cînd se „înfierbîntă" sentimentele, inima începe să se... „dilate".**
- **Dacă dăruiești cu ușurință inima cuiva, nu uita de fenomenul natural de... „respingere".**

TITEL CANACHE-POPA

UMOR STRĂIN

Un sportsman, îmbolnăvindu-se de gripă, la consultație îl întreabă pe medic:

— Vă rog, doctore, ce temperatură a înregistrat termometrul, la mine?

— Patruzeci de grade, după scara Celsius!

— Dar recordul mondial, nu cumva îl știți?

•

— Chelner! Aduceți-mi caşcaval elvețian!

— Imediat! Numai o clipă, vă rog!

— Dar numai găurile, pentru că eu țin regim sever, prescris de medicul meu.

LA PSIHIATRU:

— Domnule doctor, vă rog să-l ajutați pe soțul meu. El se consideră cal trăpaș!

— Aceasta va necesita un tratament de lungă durată și foarte costisitor...

— Dar n-are importanță! Noi avem bani destui; el a cîștigat deja, la trei curse de cai trăpași. Iar în privința duratei puteți să vă închipuiți cîtă rezistență a acumulat el la antrenamentele de alergări de pe hipodrom!

— Dumneavoastră nu cumva vorbiți în somn, noaptea? — a întrebat medicul consultant pe pacient.

— Nu, doctore! Eu vorbesc însă, deseori, în timp ce unii dorm!

— Dar cum se întîmplă?

— Păi, să vedeți! Se întîmplă la facultate, ori de cîte ori predau cursul.

Nimerind la spital, după un accident de automobil, șoferul, bandajat din cap pînă în picioare, întreabă pe medic:

— Vă rog, doctore, să-mi spuneți adevărul adevărat, oricît ar fi el de amar! Automobilul meu a fost avariat grav?

— Nu mai știu ce să mă fac cu bărbatul meu, doctore! Vorbește mereu în somn.

— Da, e un lucru neplăcut!

— Și încă cum! Cu cîteva zile în urmă, întreg biroul rîdea de el.

— Nu-mi place tusea ta, drăguțule! — s-a pronunțat medicul, cam trist.

— Dar de ce, nene doctore? Tusea mea este bună! Datorită ei de trei zile nu mă duc la școală...

Selectate și traduse din limba rusă de:

ALEXEI NICOLESCU

De la una la alta

Boală veche

Denumirea de *reumatism* vine de la cuvîntul grecesc „rheuma", care înseamnă umflătură, sau, în înțeles mai larg, o durere ce se mută dintr-o parte în alta a corpului omenesc. S-ar părea că reumatismul este o boală relativ recentă. Lucrurile nu stau așa. Reumatismul este una din cele mai vechi boli din lume. S-au găsit semne indiscutabile lăsate de această boală la unele mumii egiptene din cea de-a III-a dinastie. Dar mai mult încă. La Muzeul din Toulouse sînt expuse oseminte ce prezintă alterații caracteristice acestei boli, oseminte ale strămoșilor noștri din epoca pietrei șlefuite.

Cosmetică

Frumoasele Egiptului antic de acum 5000 de ani erau foarte pricepute în arta machiajului. Din acea îndepărtată epocă s-au păstrat recipiente de farduri și alifii, cît și palete pe care erau amestecate fardurile pentru ochi. În încăperea funerară a reginei Hetepheres, mama constructorului de piramide Cheops, a fost găsită o cutie de manichiură deosebit de artistic executată.

Seringa

De cînd a fost introdusă seringa în medicină? După cum atestă istoria medicinii, ea este invenția medicului francez Seringue. Acesta a cizelat-o și i-a dat forma pe care o cunoaștem astăzi. Ideea seringii nu îi aparține însă amintitului medic francez. În antice morminte din Venezuela au fost găsite seringi confecționate din pene de păsări și băsici înotătoare de pește. Nu de mult, în colaborare cu Asociația diabeticilor, o întreprindere de instrumente medicale din Olanda a pus în fabricație o seringă hipodermică, cu folosire unică, care prezintă îmbunătățiri importante în raport cu cele tradiționale. Astfel, extremitatea pistonului este conică, ceea ce duce la eliminarea „spațiului mort" între racord și ac, economisindu-se 8% din lichidul injectabil: gradarea de pe corpul cilindrului permite o dozare foarte precisă.

Crimele Inchiziției

Mai mult de 1 000 de cadavre mumificate au fost găsite îndărătul unui perete dublu dintr-un turn al bisericii din Lienera, provincia Badajoz, la 350 km sud-vest de Madrid. Poziția corpurilor mumificate, expresia fețelor și a mîinilor arată că este vorba de persoane zidite de vii. Unele obiecte de îmbrăcăminte ale mumiilor s-au conservat atît de bine, încît vor oferi, desigur, un material prețios pentru specialiștii dornici să tălmăcească misterul turnului din Lienera. În urma unei prime cercetări, experții sînt de părere că peretele dublu datează din secolul al XVII-lea. Se știe că orașul a găzduit pe vremuri un tribunal al Inchiziției, a cărui jurisdicție se întindea pînă în Asturii.

Pictură

Într-una din catacombele recent descoperite în Italia, a fost găsită o pictură murală reprezentînd un medic care, în fața unei asistențe de „studenți", făcea autopsia unui cadavru uman. Pictura datează din secolul al IV-lea și întărește prezumția că la Bologna s-a procedat prima oară la efectuarea autopsiilor pe cadavre omenești.

Vaccin

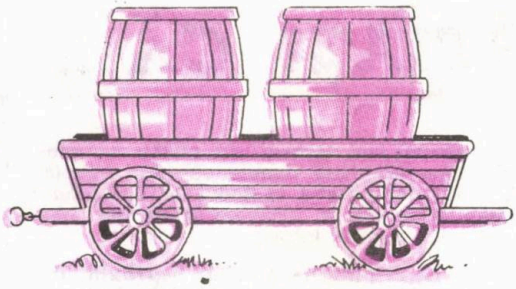
Vaccinarea antivariolică era cunoscută de chinezi cu sute de ani î.e.n. Medicii chinezi introduceau în nasul celor pe care voiau să-i ferească de cumplita boală, un tampon de bumbac îmbibat în lichidul luat de la pustule variolice ale unui bolnav care a trecut de perioada gravă a bolii. Desigur, procedeul nu corespunde cerințelor actuale, dar pe timpul acela rezultatele obținute au fost mulțumitoare, scăpînd multe vieți de la moarte, în timpul marilor epidemii de variolă.

Sursă de boli

Dragostea de animale este uneori dăunătoare sănătății. Iubitorii de animale se pot molipsi de diverse boli, nu numai de la cîinele, pisica, papagalul sau broasca țestoasă favorită, ci pot contracta o infecție chiar de la peștii tropicali, ținuți în acvariu. În mod evident, numărul de îmbolnăviri datorit germenilor exotici s-a înmulțit considerabil în ultima vreme. Un grup de medici californieni a ajuns la concluzia că unele dintre acestea — în special infecțiile acute ale pielii — au fost contractate în urma curățirii acvariilor în care sînt ținuți peștii.

Selectate de:
MIHAI BURDUJA și
AVRAM D. TUDOSIE

CULINARĂ



(Rebo eliptic anagramat: 3+(7)=9)

ADAM STOICA

TERAPEUTICĂ

(Rebo eliptic anagramat: (4)+5=8)

ADAM STOICA

PENTRU OCHI

(Metagramă anagramată:

SXXXXXXX—XXXXLXXX)

ADAM STOICA

ȘTIAȚI CĂ...

...plămînii sînt formați din unități morfologice bine delimitate, numite lobi (3 în dreapta, 2 în stînga)? Aceștia, la rîndul lor, sînt subdivizați în segmente, alcătuite și ele din zone mai mici, numite lobuli;

...fiecare plămîn conține aproximativ 300 000 000 de alveole, la nivelul cărora se realizează schimbul de gaze dintre aer și sînge?

...suprafața totală a alveolelor este apreciată la 80—100 m^2?

...în stare normală, în repaus, omul respiră de 12—14 ori pe minut, frecvență care, în cursul unui efort fizic sau în unele stări patologice, poate crește pînă la 25—40 pe minut?

...schimbul de gaze (perfuzia) între aer și sînge, care se efectuează la nivelul alveolelor, este asigurat de o vastă rețea de vase de cel mai mic calibru (capilare), însumînd o lungime apreciată la 2 300 km?

...în interiorul alveolelor există condiții optime pentru dezvoltarea bacteriilor: temperatură 37° C, umiditate, întuneric, situație care explică frecvența crescută a unor boli infecțioase și a urmărilor acestora — bronșita cronică, bronșiectazia, scleroza pulmonară?

...în 24 de ore, în căile aeriene pătrund peste 6 000 000 de bacterii și, pe lîngă acestea, virusuri și pulberi foarte fine în cantități foarte mari?

...gradul de poluare și contaminare a aerului inspirat crește în aglomerările urbane (săli de spectacole, întreprinderi și instituții, școli etc.), amplificînd riscul de îmbolnăvire a aparatului respirator?

...factorii de risc principali ai bolilor pulmonare sînt cei meteorologici (frig, umezeală, curenți de aer rece), atmosfera poluată (cu fum, praf, gaze etc.), practicarea fumatului, consumul de băuturi alcoolice și anumite profesiuni cu noxe ale aparatului respirator?

...luate în totalitatea lor, bolile aparatului respirator dețin ca frecvență primul loc în patologia umană, datorită, în primul rînd, comunicării directe a plămînului, prin căile aeriene superioare, cu aerul atmosferic contaminat?

...peste 70% din pneumonii sînt produse de microbi, dintre aceștia cel mai frecvent fiind pneumococul (în 90% din cazuri)?

...micozele bronhopulmonare sînt boli determinate de dezvoltarea în plămîni a unor ciuperci (fungi)?

...în peste 60% din cazuri, astmul bronșic este provocat de produse exogene (alergeni), de proveniență vegetală (polen, mucegaiuri, ricin, făină de cereale etc.), animală (păr de ciine, cal, capră, pisică, fulgi, pene, puf, insecte etc.), praful de casă, unele alimente (ouă, lapte, brînzeturi, carne grasă, raci, ciocolată, căpșuni, cafea etc.) sau medicamente (Penicilină, Streptomicină, Aspirină, Piramidon, sulfamide etc.)?

Dr. G. UNTEANU

oameni în ALB

ELENA LEONORA FRUGINĂ
Membră a Cenaclului cultural-patriotic „V. Cîrlova"

Ardeam pe rug.
În jur
Oameni în alb
Țineau sobor...
Opac plafonul
Venea către mine,
Neant lăptos
Pătrunzînd
Pînă la os...
Fărîmă nătîngă
Sinele meu
Pîlpîie să se stingă...

M-am agățat
De chipul tău,
Doctore!
Fragmente bizare
De Picasso,
Fără contur,
Fără culoare,
Tot mai aproape...
Inima mi se zbătea
Fluture speriat
Nepregătit de plecare...

COXARTROZA

Uzura articulației șoldului — posibilități de a o preveni și de a o trata

I. DE LA MIȘCAREA SIMPLĂ LA MIȘCAREA ARTICULARĂ

Una din însușirile esențiale ale materiei vii este mișcarea. Ea a cunoscut o permanentă perfecționare pe parcursul îndelungatei istorii a acestei materii. De la mișcarea cea mai simplă a vieţuitoarelor unicelulare (mișcarea amoeboidală), progresiv, s-a ajuns, în cadrul regnului animal, la mișcarea realizată prin intermediul unui aparat specializat — *aparatul locomotor*.

Aparatul locomotor are o structură complexă, fiind alcătuit din pîrghii osoase ce se mișcă între ele grație unor încheieturi (articulații). Mișcarea este realizată datorită contracției și relaxării unor celule contractile diferențiate — fibrele musculare — grupate în mușchi, ce se prind pe pîrghiile osoase. Întreg acest complicat aparat locomotor este pus sub controlul sistemului nervos care comandă, reglează, coordonează și adaptează permanent mișcarea. Din coroborarea tuturor acestor factori amintiți mai sus (impuls nervos, contracții musculare, pîrghii osoase, mobilitatea articulară, controlul mișcării prin sistem *„feed-back"* etc.) rezultă multitudinea de mișcări ale corpului. Aceste mișcări, reflexe la animale, le asigură o mare independență față de modificările din mediul ambiant. În cazul ființei umane acțiunile motorii reprezintă expresia aspectului volițional al actelor de comportament. Mai mult, jocul anumitor grupe musculare, ale mimicii, vocii, scrisului, exteriorizează și aspecte ale personalității umane.

Statica verticală (bipedă) la om a dat posibilități multiple de mișcare, eliberînd mîna și oferindu-i capacitatea de a munci și de a crea. În schimb, a modificat și complicat statica și dinamica coloanei vertebrale, a bazinului, a articulației șoldului și, în general, a membrului inferior.

II. O PRIVIRE BIOMECANICĂ ASUPRA ARTICULAȚIEI ȘOLDULUI

Articulația șoldului sau articulația coxofemurală (fig. 1), adică îmbinarea dintre extremitatea superioară a femurului — capul femural — și oasele bazinului, cu cavitatea cotiloidă, poate fi asemănată, ca dealtfel orice încheietură a corpului omenesc, cu o articulație mecanică. Performanțele articulației umane sînt însă net superioare.

Articulația coxofemurală poate fi asimilată unei articulații cardanice, avînd 3 grade de libertate de mișcare (după cele 3 axe de coordonate). Din punct de vedere anatomic, vorbim de *mișcarea de flexie-extensie* (care se face în planul sagital al corpului, în jurul unei axe transversale — fig. 2 a, b), de *mișcarea de abducție și adducție* (mișcarea de depărtare și apropiere a membrului inferior față de linia mediană, mișcarea ce se face în planul frontal al corpului, în jurul unei axe antero-posterioare — fig. 2 c, d), și *mișcarea de rotație internă și externă* (executată în planul orizontal, în jurul unei axe verticale — fig. 2 e, f).

Ceea ce domină fiziologia mișcării articulare este coeficientul de frecare deosebit de scăzut (între 0,005 și 0,01), mai mic decît acela al frecării dintre o patină și gheața pe care alunecă (coeficient de frecare egal cu 0,03). În tehnică acest coeficient scăzut nu poate fi realizat decît prin sisteme complexe de rulmenți cu bile. Spre deosebire însă de o articulație mecanică, care lucrează într-un registru de viteze comparativ mic, articulația umană oscilează cu viteze variate (scăzînd pînă la 0) și cu schimbări ale sensului mișcării. Variază, de asemenea, și regimul de presiune, mișcarea făcîndu-se uneori sub presiunea importantă a greutății corpului, alteori doar sub presiunea mai mică a contracției musculare. Ceea ce asigură un coeficient de frecare atît de mic este rugozitatea extrem de redusă a suprafețelor articulare (respectiv a cartilajului articular). Asperitățile acestor suprafețe sînt de ordinul 0,02-0,2 μm adică de ordinul a celor mai netede suprafețe obținute în tehnică prin procedee îndelungate și cu relativă dificultate. Pe lîngă aceasta trebuie avută în vedere și lubrifierea. Lubrifiantul articular este lichidul sinovial (secretat de celulele sinoviale ce tapetează fața profundă a

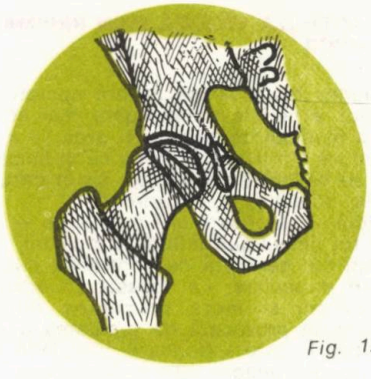


Fig. 1.

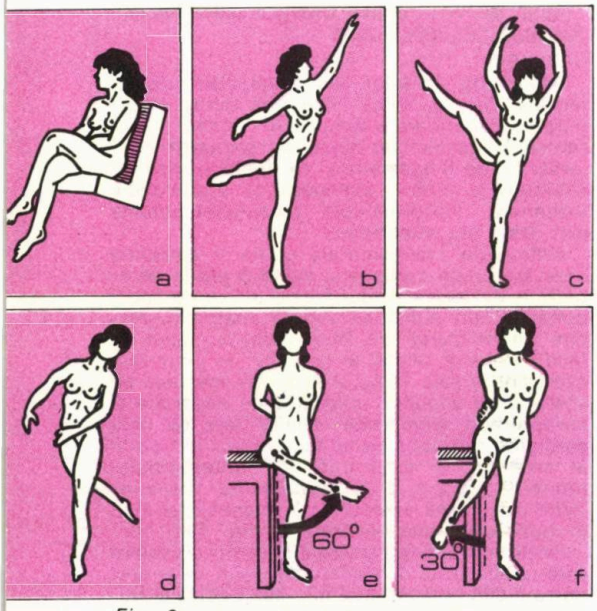


Fig. 2.

capsulei articulare). Vîscozitatea lichidului sinovial este variabilă şi invers proporţională cu viteza mişcării articulare. Tipul de lubrifiere se modifică şi el (lucru nerealizat în tehnică) în funcţie de presiunea sub care se execută şi de viteza cu care se desfăşoară mişcarea. Lubrifierea este elastohidrodinamică pentru viteze relativ mari (de exemplu, în mers). Sub presiunea greutăţii corpului, între suprafeţele articulare se formează un strat de lubrifiant de ordinul a 10^{-4} —10^{-8} cm, suficient pentru a umple neregularităţile cartilajului. Presiunea filmului de lubrifiant este menţinută constantă cu ajutorul exsudaţiei lichidului din cartilaj sub încărcare şi a reintrării lui prin descărcare, realizîndu-se un sistem hidrostatic autopresurizat.

În cazul vitezelor mici şi a încărcării mari a articulaţiei grosimea filmului de lubrifiant se reduce pînă atinge limita unui strat monomolecular. Se realizează astfel o lubrifiere în strat limită, adecvată pentru noile condiţii ale mişcării articulare.

III. ARTROZA VĂZUTĂ PRIN PRISMA BIOMECANICII

Viziunea biomecanică asupra aparatului locomotor a permis o înţelegere mai aprofundată a modului de apariţie şi evoluţie a uzurii premature a articulaţiei, ceea ce în limbaj medical se defineşte ca *artroză*, iar în cazul articulaţiei şoldului — *coxartroză*.

Şoldul — ca oricare altă articulaţie — se găseşte tot timpul sub influenţa presiunii statice permanente generată de contracţia diferitelor grupuri musculare. La aceasta se adaugă în ortostatism şi mers presiunea dinamică intermitentă provocată de greutatea corpului. Condiţiile în care acţionează articulaţia şoldului în poziţia unipedă (stat pe un singur picior) fac ca pe suprafaţa articulară să se exercite o greutate de 4 ori mai mare decît greutatea corpului. Pentru a menţine bazinul în echilibru pe capul femural acţiunea greutăţii corpului (G — fig. 3) trebuie să fie contrabalansată de forţa musculară (M — fig. 3). Cum braţul de pîrghie al forţelor musculare (a-fig. 3) este de 3 ori mai mic decît cel al greutăţii corpului (b-fig. 3), asupra şoldului se va exercita o forţă rezultantă (R) a cărei valoare este de aproximativ 4 ori greutatea corpului de deasupra şoldului. Această forţă se va repartiza în mod egal pe întreaga suprafaţă articulară, astfel încît fiecare cm^2 va suporta o presiune ce variază între 16-21 de kg.

IV. CAUZELE APARIŢIEI COXARTROZEI

Într-o articulaţie normală există un echilibru între solicitări şi rezistenţa structurilor articulare şi în special a cartilajului articular ce acoperă suprafeţele osoase în contact. Acest echilibru a fost comparat cu o balanţă care pe unul din talere are aşezată forţa ce se exercită pe suprafaţa articulaţiei, iar pe celălalt, rezistenţa structurilor articulare (fig. 4 a). Acest echilibru poate fi deteriorat prin mărirea solicitărilor articulare, rezultat al unor vicii arhitecturale ale şoldului sau al unui accident, ce duc la deformarea suprafeţelor articulare cu diminuarea zonelor de contact (suprafeţe portante) (fig. 4 b). O altă cauză de dezechilibru este provocată de diminuarea rezistenţei cartilajului articular care suferă chiar în prezenţa unor forţe articulare normale (fig. 4 c).

Coxartroza poate fi definită, astfel, ca o tulburare a echilibrului fiziologic între rezistenţa cartilajului şi a osului articular, pe de o parte, şi presiunile exercitate asupra articulaţiei, de altă parte.

O multitudine de factori biologici sau mecanici pot perturba acest echilibru şi determina

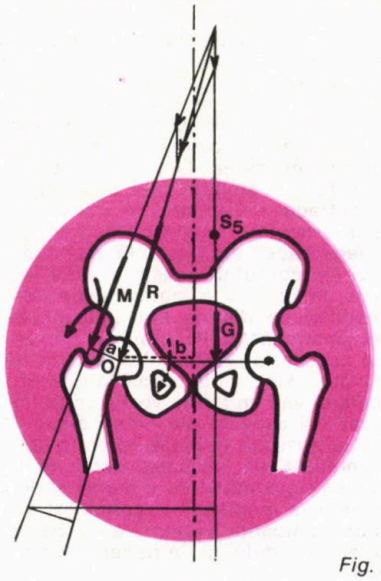


Fig. 3.

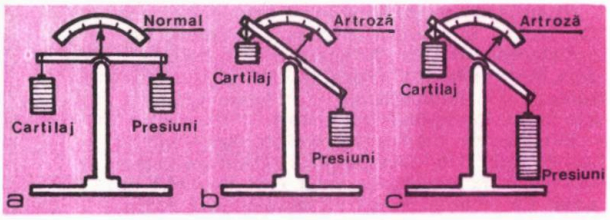


Fig. 4.

apriția unei coxartroze. O insuficiență congenitală sau cîștigată, mai mult sau mai puțin pronunțate, a țesuturilor articulare de susținere (cartilaj, os), poate duce, chiar în prezența unor presiuni articulare normale, la apariția unui dezechilibru. Exemplul cel mai caracteristic îl constituie *coxartroza* așa-numită *primitivă* (fără o cauză evidentă), ce apare de obicei la persoane mai în etate, în cadrul unor artroze multiple și în care contactul articular (congruența) fiind normal (fig. 5 a), dezechilibrul e provocat, în primul rînd, de o deficiență tisulară.

O accentuare anormală a presiunilor articulare din cauza micșorării zonei de contact dintre suprafețele articulare determină, de asemenea, ruptura echilibrului normal. Apar astfel așa-numitele *coxartroze secundare unui viciu arhitectural al șoldului.* Ele se dezvoltă pe baza unei displazii (malformații) congenitale (fig. 5 b) sau a unei deformații cîștigate (posttraumatice), care perturbă contactul articular normal.

V. MODIFICAREA SOLICITĂRILOR ANTRENEAZĂ SCHIMBĂRI PATOLOGICE IMPORTANTE

Dacă presiunea ce se exercită asupra articulației depășește capacitatea de rezistență a țesuturilor de susținere, apar o serie de modificări patologice care, pe parcursul evoluției coxartrozei, antrenează schimbări importante ale configurației articulare. S-au descris două tipuri de leziuni caracteristice, unele apărînd în zonele de maximă presiune articulară, altele apărînd acolo unde presiunile sînt mai scăzute.

În zona de maximă presiune cartilajul articular își pierde culoarea albă strălucitoare obișnuită, devine gălbui, subțire și poate să dispară complet. Osul prezintă o zonă de condensare ce înconjoară zone de resorbție (distrugere) osoasă (pseudochisturi). În zonele mai puțin încărcate apar osteofite (proliferări osoase), care deformează capul femural, îl ovalizează și tind să-l scoată din cavitatea articulară (fig. 6).

VI. MODIFICĂRILE CLINICE ALE COXARTROZEI

Coxartroza se manifestă prin instalarea treptată, progresivă, a durerilor la nivelul șoldului. Alteori durerile sînt localizate inițial la nivelul genunchiului sau iradiază în aceasta regiune. La început durerile apar după eforturi mai accentuate și dispar după o perioadă de repaus. Treptat, durerile survin la eforturi mai mici, se calmează mai dificil, perioada de repaus trebuie să fie mai lungă. Apoi durerea apare la primii pași făcuți după o perioada mai lungă de repaus (dimineața la sculare sau după o ședere mai îndelungată pe scaun), pentru a dispărea odată cu „încălzirea" articulației și a reapărea dacă efortul se prelungește. Cu timpul durerile devin tot mai frecvente, apar și noaptea și se însoțesc de limitarea mobilității articulare. Bolnavul începe să șchiopăteze, la început numai la efort, apoi șchiopătarea devine permanentă. Pe măsura agravării durerii, a limitării mobilității articulare, infirmitatea este tot mai accentuată, posibilitățile funcționale ale bolnavului diminuează progresiv.

Examenul clinic, cel radiologic, împreună cu o serie de investigații făcute de medic, duc la precizarea diagnosticului de coxartroză. Diagnosticul trebuie pus într-o fază cît mai incipientă a bolii, pentru ca tratamentul aplicat să dea rezultate cît mai bune și cît mai durabile.

VII. CE METODE DE TRATAMENT PUTEM OPUNE COXARTROZEI?

O serie întreagă de specialiști conlucreaza pentru tratamentul coxartrozei. Internistul, reumatologul, balneofizioterapeutul, kinetoterapeutul, chirurgul ortoped sînt într-o permanentă colaborare în aplicarea tratamentului în diferitele faze ale bolii.

Tratamentul își propune să suprime sau sa reducă, în măsură importantă, durerea și jena funcțională a bolnavului, dar în același timp să oprească evoluția progresivă a coxartrozei.

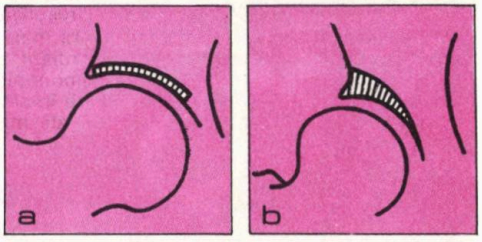


Fig. 5.

Fig. 6.

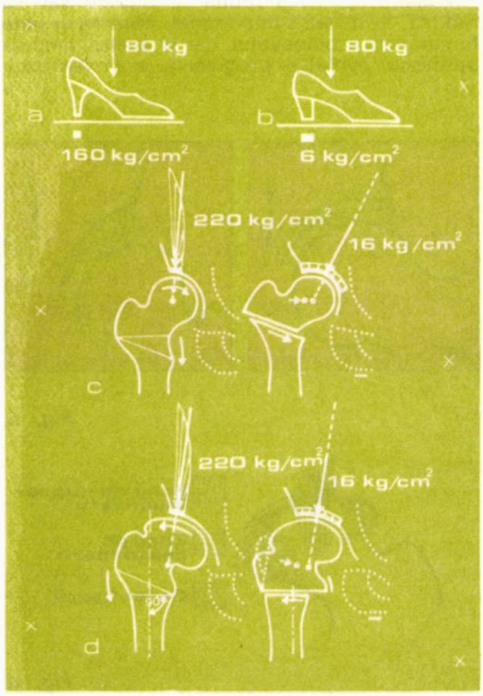
Tratamentul trebuie întotdeauna efectuat sub control medical, pentru a putea fi individualizat în funcție de stadiul bolii și de particularitățile fiecărui bolnav în parte. El va cuprinde un complex de măsuri terapeutice.

VIII. POSIBILITĂȚILE TRATAMENTULUI CONSERVATOR

De o importanță deosebită sînt măsurile de igienă care vizează descărcarea la maximum a șoldului și evitarea oricărui surmenaj; se vor modifica condițiile de muncă, se vor opri activitățile sportive ce suprasolicită șoldul, se va utiliza, eventual, bastonul la mers. Un baston purtat în mîna opusă șoldului bolnav și pe care pacientul se sprijină concomitent cu sprijinul pe șoldul artrozic descarcă articulația cu aproximativ 2/3 din presiunile exercitate pe suprafața ei. Este deosebit de importanta combaterea obezității. Frecvența fenomenelor dureroase la persoane obeze cu semne radiologice de artroză este de 2 ori mai mare. Excesul ponderal supraîncarcă articulația șoldului. S-a calculat că o scădere ponderală de 1 kg se traduce printr-o ușurare a șoldului în poziție monopodală de 3 kg.

La acest tratament igienic — de fond — se va adăuga, la prescripția medicului, medicația antiinflamatorie și antalgică, începînd cu aspirină și continuînd cu multiplele preparate existente (Fenilbutazonă, Indocid, Percluson, Voltaren etc. etc.), în funcție de toleranța bolnavului.

Fig. 7.



O serie de medicamente ce conțin extracte de cartilaj și măduvă osoasă (Rumalon) sau substanțe sulfurate (Arteparon) și în care s-au pus mari speranțe, presupunîndu-se că interferează cu metabolismul cartilajului articular nu și-au îndreptățit așteptările.

Gimnastica medicală (kinetoterapia), vizînd să întrețină o bună mobilitate articulară și generală, o musculatură tonică, este deosebit de utilă. Ea trebuie făcută cu descărcarea șoldului (din poziție culcat, șezînd, în apă) și trebuie, pentru a fi eficace, să urmărească bolnavul tot timpul vieții (în sensul efectuării unei gimnastici zilnice, pe perioade foarte îndelungate). La această kinetoterapie trebuie adăugate periodic tratamente balneofizicale (tratament complex de recuperare), efectuate în servicii specializate sau stațiuni balneare (pe litoral, Felix, Herculane, Amara, Pucioasa etc etc.).

IX. CE ȘANSE NE OFERĂ TRATAMENTUL CHIRURGICAL

Tratamentul conservator este eficace în special în formele puțin avansate; durerile cedează, mobilitatea articulară se îmbunătățește dar el nu reușește totdeauna să oprească evoluția bolii. Odată reluată activitatea, după o perioadă mai scurtă sau mai lungă, durerile reapar. În aceste cazuri nu trebuie așteptat pînă cînd degradarea articulației este foarte accentuată. Este indicat să se recurgă din timp la tratamentul chirurgical.

Chirurgia modernă oferă astăzi posibilități multiple de tratament în coxartroză.

Atît timp cît mobilitatea articulară este păstrată, chirurgia poate opri evoluția artrozei. Procedee chirurgicale conservatoare și funcționale (osteotomiile — secționarea osului și schimbarea raporturilor suprafețelor articulare) oferă posibilitatea modificării factorilor mecanici de la nivelul șoldului. Ele reușesc să mărească suprafața de contact dintre cele două extremități articulare și, prin aceasta, să diminueze, într-o măsură importantă, presiunea de pe această suprafață (fig. 7 a, b). Locul osteotomiei (pe femur sau bazin), ca și tipul de osteotomii (fig. 7 c, d), se apreciază după un aprofundat studiu clinic și radiologic, care stabilește situația în care zona de contact a suprafețelor articulare este maximă. În plus, prin efectul biologic de îmbunătățire a circulației locale, osteotomiile suprimă durerea. Făcute în momentul optim (cînd mobilitatea articulară este bună), ele pot îmbunătăți situația articulară și opri evoluția artrozei pe o lungă perioadă de timp (de cel puțin 10 ani). Cu cît articulația este mai degradată, cu atît efectul osteotomiei este mai puțin net și de durată mai scurtă.

Atunci cînd mobilitatea articulației este foarte redusă, posibilitățile osteotomiilor sînt deja depășite. Singura metodă eficace în acest stadiu este aceea de a înlocui articulația bolnavă cu o altă articulație — *proteza totala*.

Născută din ingenioasa idee a fraților Robert și Jean Judet de la Paris, perfecționată în Anglia de Charnley, McKee și Farrar, proteza

BIBLIOTECA „ASTRA"
SIBIU

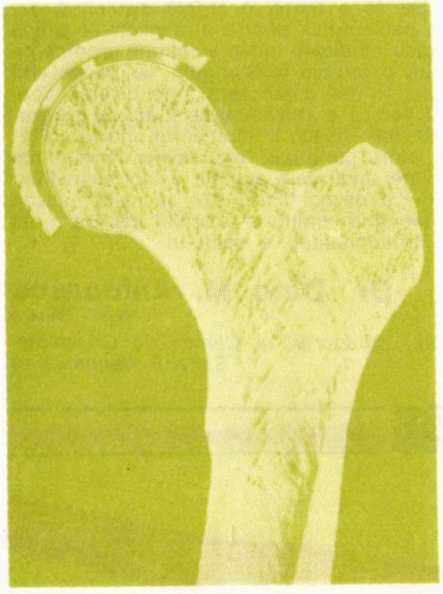


Fig. 8a

riante arată că în realitate nu s-a găsit încă proteza ideală și că înlocuirea articulară are încă o serie de dezavantaje (posibilități de infecție, de desprindere a protezei de os, de degradare a suprafețelor protezei, de rupere a componentelor protezei etc.). Totuși, în cazurile de coxartroză gravă, cu diminuarea importantă a mobilității articulare și în special în coxartrozele bilaterale, care sînt foarte invalidante, proteza totală rămîne o soluție de salvare, care redă bolnavilor o viață cît mai apropiată de normal. Dezavantajele modelelor actuale ne fac însă să folosim proteza cu precauție, mai ales la tineri, și să o indicăm numai în cazurile în care într-adevăr nu mai există nici o soluție conservatoare. Tratamentul chirurgical-conservator (osteotomie) sau cu sacrificul articulației (proteza șold) trebuie încadrat (premers și urmat) de un atent și îndelungat tratament conservator și mai ales de recuperare, fără de care nu se poate obține un rezultat complet. Multitudinea de factori terapeutici existenți trebuie îmbinată armonios, în cadrul unui program terapeutic complex făcut prin colaborare interdisciplinară.

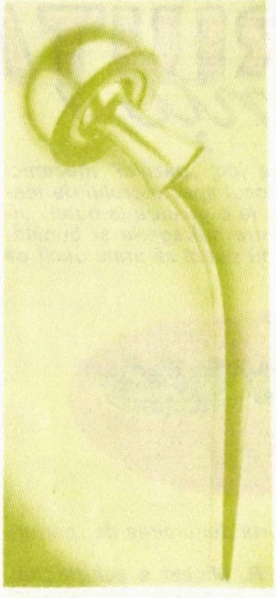


Fig. 8b

Fig. 8c

Fig. 8d

totală de șold este acum utilizată în toata lumea. Există astăzi nenumărate modele, cu forme diferite și făcute din materiale diferite, adaptabile la toate variațiile de dimensiune și formă locală a șoldului, care se fixează în os cu ajutorul unui ciment special sau fără ciment (fig. 8 a, b, c, d). Aceste numeroase va-

X. PUTEM PREVENI COXARTROZA?

Putem răspunde și da, și nu. Da, în cazurile în care există un viciu arhitectural al șoldului, dinainte cunoscut. Efectuarea unor intervenții chirurgicale care să corijeze acest viciu fac ca artroza să nu mai apară sau să se instaleze cu

93311

mult mai tardiv. De asemenea, un tratament corect al fracturilor care interesează articulația șoldului poate preveni instalarea artrozei. Posibilitățile noastre de prevenire sînt mai mici în cazul coxartrozei primitive (fără o cauză evidentă). Un regim de viață rațional și mai ales combaterea obezității are aci o importanță deosebită.

XI. ÎN CHIP DE CONCLUZII

La sfîrșitul acestei succinte treceri în revistă a noțiunilor generale asupra coxartrozei, am putea sublinia că posibilitățile actuale terapeutice sînt capabile să îmbunătățească net funcționalitatea și să amelioreze durerile bolnavilor suferinzi de coxartroză. Sînt însă necesare, pe de o parte, o strictă disciplină din partea pacientului, pentru a respecta și aplica indicațiile medicale într-o afecțiune cronică ce necesită o terapie îndelungată, iar pe de altă parte, o strînsă colaborare între diverșii specialiști pentru a individualiza și aplica programul cel mai eficace în momentul oportun. Prin acest efort conjugat, rezultatele terapeutice sînt bune, metodele actuale avînd posibilități să prevină dezechilibrul sau să restabilească și să mențină echilibrul articular necesar unei bune funcționalități a șoldului.

Dr. Dinu M. Antonescu
MEDIC PRIMAR
Șef de lucrări la Clinica de Ortopedie, Spitalul Cantacuzino

PERIUȚA de dinți

O corectă igienă bucală constituie, de fapt, metoda cea mai simplă și mai sigură de prevenire nu numai a cariilor dentare, ceea ce nu e puțin lucru, dar și a unor multitudini de boli care își pot avea punctul de pornire de aici. Periuța de dinți constituie astfel una dintre cele mai salutare invenții în ocrotirea sănătății. Dar, ca orice invenție, și aceasta își are istoricul ei, nu lipsit de importanță.

Periuța de dinți este mult mai veche decît alte obiecte de toaletă. Prima știre despre curățarea dinților cu periuța de dinți se găsește într-un document chinez din jurul anului 1500. În Europa, însă, ea este menționată prima oară abia în 1675, apoi într-un dicționar editat la Leipzig, în 1719. E adevărat că europenii au practicat din vremuri străvechi o complicată igienă bucală, folosind în acest scop diverse rețete de prafuri. Cele mai răspîndite au fost prafurile fabricate încă de romani, care le preparau din oase arse, coarne de animale, cenușă și sticlă pisată foarte fin. Pentru curățarea dinților în Roma antică se foloseau alifii speciale și scobitori de lemn, precum și un praf preparat din corn de elan, iar pentru întărirea gingiilor – frunze de dafin.

Epoca de glorie a periuței de dinți coincide cu numeroasele experiențe tehnice de la mijlocul secolului trecut. În acei ani, însă, cînd erau născocite cu febrilitate impunătoare mașini pentru aprinderea țigărilor, aparate pentru împărțirea cărților de joc, „paznici" mecanici care să țină ocupat locul spectatorului de teatru în timp ce acesta ia o gustare la bufet, „linii ferate" casnice între sufragerie și bucătărie, periuța de dinți nu putea să arate decît ca cea din fig. 1.

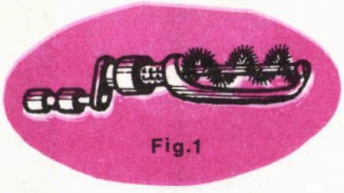


Fig.1

Acest dispozitiv purta denumirea de „periuța de dinți normală".

În 1898 francezul R. Michet a achiziționat, de la Departamentul de comerț și manufactură din Petersburg, privilegiul de a o fabrica.

La începutul secolului nostru E. Penkall (Austria) și respectiv M. Heitsch-Morenz (Germania) au propus modele nu mai puțin originale.

În fig. 2 este prezentată periuța rotativă a lui Penkall. Ea intră în funcțiune cînd mînerul e strîns în pumn. Un alt model este o perie triplă, care curăță simultan cele trei suprafețe ale dintelui.

Din fericire, însă, paralel cu aceste modele fanteziste a început să se impună modesta, banala periuță pe care o cunoaștem azi. Cu toate acestea, inventatorii au continuat să propună „construcții perfecționate", lăudîndu-le avantajele. Ele au avut însă existența efemeră a predecesoarelor.

Instrumentul care se vede în imagine (fig. 3) este o periuță de dinți inventată în 1929, de australianul Smelpage.

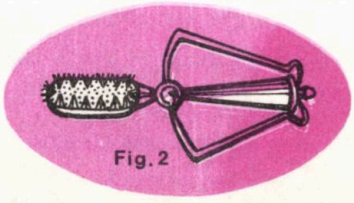


Fig. 2

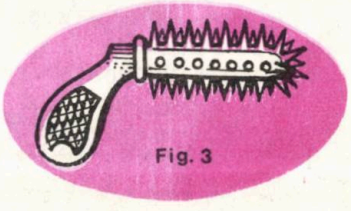


Fig. 3

Nici ea n-a rezistat. În schimb, în zilele noastre s-au încercat și experimentat fel de fel de modele. Un dispozitiv de forma unei periuțe de dinți, conectat la priză, produce ultrasunete și explorează dantura. Această periuță cu ultrasunete înlătură, după numai patru ședințe, orice piatră de pe dinți și descompune bacteriile care contribuie la distrugerea dinților. Acest dispozitiv a fost creat de un grup de specialiști japonezi, una din principalele calități fiind și aceea că masează foarte bine gingiile. Plecînd de la acest dispozitiv, ing. Todasho și dr. stomatolog Nakasaka au construit un aparat pentru bombardare cu ultrasunete, care distruge nervii dentari și celulele care se află în putrefacție. Tot specialiștii niponi au pus la punct fabricarea unei perii de dinți ionice, care funcționează cu ajutorul unei mici baterii. În timpul perierii dinților, curentul electric care circulă prin perie antrenează ionii de fluor aflați la suprafața dintelui, spre interior. Ionii de fluor astfel introduși împiedică dezvoltarea florei bacteriene, accelerează mineralizarea țesuturilor dure și contribuie la eliminarea produselor putrescibile. Aceiași specialiști au realizat o periuță de dinți în care este inclusă o pastă antimicrobiană. După folosire, periuța se poate arunca. Albastre, roșii, galbene sau verzi, periuțele sînt îmbrăcate într-un celofan proteguitor, pentru a putea fi lesne puse în poșetă sau în buzunar. Se folosesc mai ales în călătorii sau cînd posesorii sînt invitați.

În S.U.A. a fost pusă la punct periuța de dinți care poate fi folosită fără pastă și fără apă. Experiențe îndelungate au arătat că persoanele care au folosit această periuță, de fiecare dată după ce au mîncat, au dinții mai curați și gingiile mai puțin iritate decît acele persoane care s-au spălat în mod obișnuit.

Imaginea unui concurent serios al periuței de dinți o prezentăm în fig. 4. Sub forma unei bile mici cît o castană, aceasta spera, cîțiva ani în urmă, să scoată din uz familiara periuță,

Fig. 4

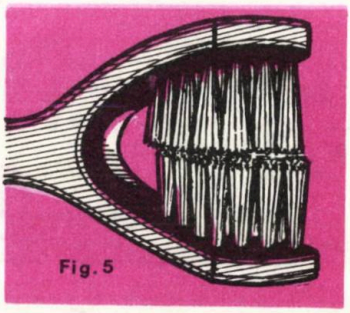


Fig. 5

inventatorul afirmînd că: „Mestecînd această bilă de silicon, vă puteți curăța excelent dantura, iar gingiile se întăresc!"

În Canada a fost prezentată o periuță de dinți cu două capete (fig. 5). Promotorii noii periuțe susțin că cele două capete – care formează un unghi de treizeci de grade – asigură o spălare mult mai eficientă a dinților, concomitent, din interior și din exterior. Firma canadiană care a pus pe piață noul produs a achiziționat patentul de la doi inventatori vestgermani, cu prilejul „Salonului de invenții" de la Bruxelles.

După părerea dr. Iosef Dolinsky din Kempter (R.F.G.), greșita construcție a periuței de dinți ar fi „scandalul secolului în stomatologie". Dovadă: 85% din populație suferă de la dureri de dinți la parodontopatie. El a pus la punct o periuță de dinți combinată, al cărui capăt este prevăzut la mijloc cu păr obișnuit – pentru curățarea dinților –, iar pe margini cu cîte două rînduri de „noduli" de siliciu – pentru masajul gingiilor. Deși invenția sa a fost patentată în țări vest-europene și S.U.A., Organizația federală a stomatologilor vestgermani i-a făcut cunoscut că „breasla nu i-o acceptă, cea mai bună periuță fiind cea folosită zilnic".

MIHAI BURDUJA
și AVRAM D. TUDOSIE

INVENTAR ...PE RIME

V.D. POPA

Coase-artistic cu migală
Operațiile și,
Fiind ața medicală,
N-o găsim la mercerii.

Catgutul

De cînd pe-ntregul glob există
Și brațul omului îl strînge,
Are-o menire pacifistă,
Oprind vărsările de sînge.

Garoul

Este ca o epigramă,
Ca efect, de bună seamă.
Iar aceasta pentru că,
Înțepînd, ne vindecă.

Acul de seringă

Ce e gipsul, o să spună
Un chimist, ca glumă bună,
C-o veselă mimică:
- E o fașă chimică!

Gipsul

Îl transportă pe bolnav
La spital, dacă e grav.
Deci, numiți-o, natural,
Taximetru medical.

Ambulanță

Într-un spital, nu permanent,
Devine-n mod neîndoios
Biroul unui pacient,
Pînă e iarăși sănătos.

Patul

Lemn micuț, des întîlnit,
Care-n fașă dacă-l pui,
Vindecă tot ce-i scrîntit,
Exceptînd mintea oricui.

Atelă

Tubulețul translucid
Și umplut cu un lichid
Face pe manierat
Să vorbească înțepat.

Seringa

Definit mai econom,
Instrumentul nichelat
Taie repede un om,
Fără a fi condamnat.

Bisturiul

Îl cunoaște lume multă
Și iată de ce, mă rog:
Ca profesorul ascultă,
Însă n-are catalog.

Stetoscopul

ÎNȚEPĂTURILE DE ALBINE

Înțepăturile simultane de albine sau viespi sînt, uneori, periculoase. Efectuîndu-se un calcul, s-a constatat că la 500 de înțepături simultane a apărut decesul. La persoane în stare de hipersensibilitate, această consecință este posibilă chiar după un număr mai mic de înțepături.

În unele părți ale Americii, ca și ale Africii și Asiei, unde trăiesc varietăți de albine și viespi foarte agresive, statisticile semnalează mai multe decese prin înțepăturile acestora decît prin mușcăturile de șarpe.

Aparatul de înțepare al albinelor sau viespilor este asociat cu glande ce conțin otravă, o înțepătură de albine reprezentînd 0,3 mg venin. Dacă albina sau viespea nu a fost ridicată de pe înțepătură (cînd se produce acest fapt, aparatul de înțepare cu venin este smuls din corpul ei), ea va da și mai mult venin prin scurgerea sacului, care este rezervor de otravă.

Efectele înțepăturilor depind nu numai de numărul acestora, ci și de locul unde se produc. Dacă, spre exemplu, înțepătura are loc pe mucoasa faringiană (în timpul dormitului în aer liber), se poate produce edemul glotei cu asfixiere. Înțepătura produsă direct într-un vas sanguin (în special la copii) poate fi, de asemenea, foarte periculoasă, deoarece otrava este introdusă direct în sînge.

Veninul de albine sau de viespi conține diferite substanțe. Dintre cele principale, menționăm: histamina, melitina, apanina, substanțe vasoactive cu greutate moleculară mică, enzime de tipul fosfolipazei A și hialuronidazei.

Veninul difuzează în organism prin creșterea permeabilității vasculare (prin înțepare), la care se adaugă și cea produsă de histamina din compoziția sa, precum și cea care rezultă din țesuturile distruse. Intervin, de asemenea, și alte substanțe, ca serotonina și chinina.

Uneori reacțiile sînt banale (roșeață, edem local), dar alteori, chiar la o singură înțepătură de albină, pot apărea reacții puternice — de tip hiperergic — care necesită tratament.

În cazurile de gravitate medie, 30 mg de efedrină într-o ceașcă de cafea pot fi suficiente, dar la nevoie (în cazul în care simptomele nu cedează și continuă roșeața și umflarea locului, durere accentuată, senzație de arsură etc.) se administrează Isoproteranol, o tabletă sublingual, și apoi, sub control medical, se va face un tratament de desensibilizare cu histaminice de sinteză.

În cazurile de gravitate severă se începe cu administrarea intravenoasă (injecții) de Epinefrină, 0,1—0,2 ml, doză care la nevoie se repetă, apoi se fac injecții intramusculare, la un serviciu de terapie, cu antihistaminice de sinteză. Este indicat, bineînțeles, ca tratamentul de hiposensibilizare specifică să fie făcut în cadrul unui serviciu de alergologie.

Se recomandă ca persoanele sensibile să evite, pe cît posibil, înțepăturile de albine și viespi, ca măsură de prevenire a reacțiilor descrise mai sus. Aceste reacții pot fi uneori foarte grave, mergînd pînă la pierderea vieții, așa cum s-a arătat, și nu întotdeauna dependent de gradul de expunere (număr de înțepături).

Dr. Elena Barnea

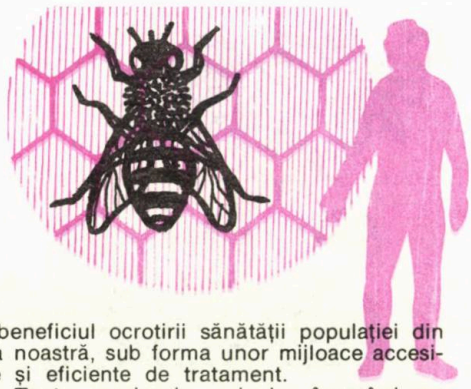
CERCETĂTOR ȘTIINȚIFIC PRINCIPAL
INSTITUTUL DE IGIENĂ ȘI SĂNĂTATE PUBLICĂ
BUCUREȘTI

AMNEZIA

După ce s-au cherchelit, bînd din plin peste măsură,
Niște-amici debusolați de-atîta băutură,
Avînd vocea distonantă și capul ca plin de jar,
Îl chemară, în sfîrșit, la plată, pe bătrînul ospătar.
Ospătarul receptiv, prezentînd nota de plată,
Unul dintre comeseni i se adresă pe dată:
— Mi se pare cam umflată, socoteala dumitale,
Pentru doi — c-atîția sîntem — ai trecut multe parale!
Ospătarul îl privi cu o mină curioasă,
Răspunzînd, contrariat: — Păi, mai sînt vreo trei sub masă!...

Pia Hațeganu

Ce reprezintă pentru dumneavoastră APITERAPIA?



În eforturile depuse de medicină în prevenirea şi combaterea bolilor, terapia cu ajutorul produselor apicole, al principiilor active pe care le conţin acestea, se bucură din ce în ce de mai multă atenţie din partea specialiştilor. Studiile clinice şi experienţele de laborator, efectuate de medici, farmacişti, chimişti, biologi şi specialişti în apicultură din numeroase ţări ale lumii — Franţa, R.F.G., Italia, Iugoslavia, S.U.A., Uniunea Sovietică, România etc. —, au confirmat eficienţa în diferite afecţiuni a produselor stupului, administrate ca atare, sub forma unor preparate speciale — tincturi, extracte, soluţii injectabile, unguente — sau sub formă de medicamente. Pornind de la necesitatea integrării cercetării ştiinţifice cu activitatea clinică apiterapică, Institutul de cercetări şi producţie apicolă din Bucureşti a organizat, în urmă cu un deceniu, un Sector medical de apiterapie, cu cabinete de diferite specialităţi — boli interne, reumatologie, neurologie, cardiologie, urologie, dermatologie, O.R.L., stomatologie etc. Sintetizînd şi transpunînd în viaţă rezultatele cercetărilor şi studiilor clinice efectuate, verificînd concluziile specialiştilor din domeniul chimiei analitice şi extractive, precum şi al apifarmacodinamiei, cei care asigură aici asistenţa apiterapică deţin o valoroasă experienţă.

După un deceniu de activitate şi experienţă în utilizarea apiterapiei, am considerat util să cunoaştem opiniile despre această formă de tratament a unor specialişti. De aceea le-am adresat următoarele întrebări:

1. Ce reprezintă pentru dv. apiterapia?
2. Dintre produsele stupului toate vor constitui materie primă pentru viitoare medicamente sau unele vor rămîne simple adjuvante?
3. Ce maladii beneficiază de aceste produse şi care consideraţi că vor mai beneficia?
4. Există produse ale stupului nevalorificate încă în beneficiul sănătăţii?
5. Ce noi preparate sau medicamente apiterapice aveţi în proiect să realizaţi?
6. Vă rugăm să faceţi cititorilor cîteva recomandări privitoare la utilizarea acestor preparate şi medicamente.

Au avut amabilitatea să răspundă la întrebări:

Farm. Elena Paloş, cercetător ştiinţific principal la Institutul de Cercetări şi Producţie Apicolă, Bucureşti:

1. Pentru mine apiterapia reprezintă un vast domeniu de studiu ce deschide mereu noi posibilităţi de valorificare a produselor stupului în beneficiul ocrotirii sănătăţii populaţiei din ţara noastră, sub forma unor mijloace accesibile şi eficiente de tratament.

2. Toate produsele apicole, începînd cu mierea, polenul, veninul de albine şi apilarnilul, continuînd cu ceara şi păstura, iar probabil în viitor cu o serie de altele noi, a căror eficacitate terapeutica va fi constatată şi demonstrată în urma unor studii de specialitate, constituie şi vor constitui baza unor medicamente cu specificitate de acţiune într-un anumit domeniu. În acest sens aş vrea să menţionez acţiunea benefică a flavonoizilor din propolis sau a complexului vitamino-proteic din polenul recoltat de albine şi din păstură, a căror eficacitate şi acţiune specifică au fost de acum demonstrate. Consider că aceste produse nu mai pot rămîne simpli adjuvanţi ai terapiei clasice, deoarece studiile şi cercetările efectuate pînă în prezent, atît de specialiştii români, cît şi de către cei din Franţa, Cehoslovacia, U.R.S.S., Canada, Japonia, asupra compoziţiei şi, implicit, asupra mecanismelor specifice de acţiune a componentelor lor, au demonstrat pe deplin eficienţa acestora în diverse afecţiuni.

3. În planul de cercetare al Sectorului de apiterapie din institutul nostru sînt prevăzute teme ce preconizează obţinerea de noi produse apiterapice, a căror eficacitate va fi testată într-o serie de afecţiuni, cum sînt cele reumatice, cardiovasculare, oftalmice, O.R.L. şi stomatologice.

4. Consider că pînă în prezent am abordat în studiile noastre toate produsele apicole cunoscute, care au devenit de acum bază activă pentru realizarea de medicamente. Dar orice noi proprietăţi terapeutice, descoperite în viitor, vor fi binevenite, ele confirmînd valenţele de care dispun produsele apicole.

5. În viitorul apropiat vom putea pune la dispoziţia celor suferinzi o serie de noi medicamente, cum sînt unguentele *Proporinol* (indicat în O.R.L.), *Propoderm* (în oftalmologie), colire pe bază de propolis, lăptişor de matcă şi miere *(Oftalmosept, Colgel* şi *Colmel)* şi un produs tonic sub formă de comprimate, denumit *Polurtin.*

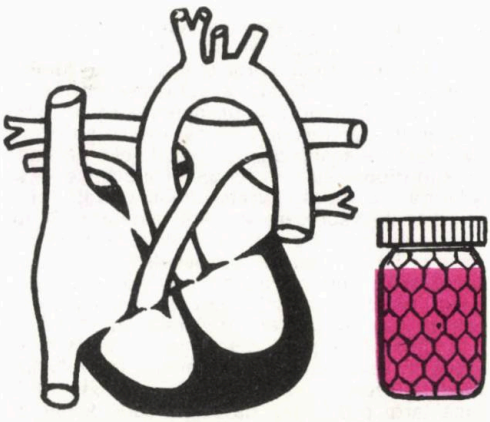
6. Aş dori să recomand cititorilor să nu înceapă niciodată un tratament cu produse apiterapice fără un prealabil aviz al medicului specialist. Chiar şi produsele cu acţiune fortifiantă nu se pot utiliza numai pe baza indicaţiilor din prospectul care le însoţeşte, acestea fiind numai orientative, individualizarea lor aparţinînd numai medicului.

Dr. Nicolae Drăgulescu, medic specialist de medicină generală, cercetător ştiinţific la Institutul de fiziologie normală şi patologică „D. Danielopolu", Bucureşti.

1. Consider apiterapia ca o încercare de tratament. Aprecierea o motivez prin insuficienţa posibilităţilor de tratament existente în prezent, care, în ciuda unor achiziţii moderne, nu au adus rezolvare în unele afecţiuni. Consider apiterapia că este o încercare de tratament motivată de tradiţiile cu totul deosebite ale poporului nostru în folosirea resurselor apicole, tradiţii pe care, reconsiderîndu-le, medicina românească reuşeşte să substituie medicamente străine cu produse naturale, cu evidente proprietăţi terapeutice. De fapt, utilizarea din ce în ce mai largă a produselor apicole în terapeutică se încadrează perfect în concepţia medicinii moderne şi în recomandările Organizaţiei Mondiale a Sănătăţii, de a fi promovate terapii nenocive, cît mai apropiate de specificul organismului uman.

2. Există, pe de o parte, resurse ale stupului insuficient abordate şi investigate pentru a se cunoaşte toate posibilităţile de utilizare a lor în terapie. Pe de altă parte, „proba timpului" nu şi-a spus încă ultimul cuvînt asupra valorii şi rolului produselor apicole intrate în circuitul terapeutic. Deci, noutăţi se pot încă aştepta, viitorul — şi încă cel apropiat — avînd încă multe de spus în această privinţă.

3. Se poate vorbi de acum de rezultate favorabile certe în folosirea produselor apicole în unele afecţiuni; de exemplu, în cele din sfera gastroenterologică. Din experienţa noastră menţionăm hepatopatiile cronice (convalescenţele după hepatite acute virale, hepatitele cronice persistente şi active, unele ciroze hepatice, steatoza hepatică), ulcerul duodenal, unele colopatii ş.a. Susceptibile de tratament cu produse apicole sînt şi alte afecţiuni: ale aparatului respirator, cardiovascular (arterite, sindroame ischemice periferice), ateroscleroză, anemii, neurastenii şi psihastenii, surmenaje fizice şi intelectuale. Dealtfel, rezultatele obţinute timp de aproape un deceniu în utilizarea produselor apicole în afecţiuni hepatice au constituit tema unor comunicări pe care le-am prezentat anul acesta la congresele de apiterapie de la Cracovia şi Tokio.



6. Cu toate că reacţiile nedorite pe care le pot produce medicamentele realizate din produse apicole sînt cu mult mai puţine în comparaţie cu cele date de medicamentele de sinteză, administrarea lor trebuie făcută tot cu avizul medicului. În ceea ce priveşte consumul de miere, aliment-medicament valoros, trebuie respectat principiul **„uz,** dar nu **abuz".**

Dr. Corneliu Popovici, medic primar O.R.L., Clinica O.R.L., Spitalul „Colţea", Bucureşti.

1. Pentru mine apiterapia reprezintă completarea unui mare gol rămas în terapia clasică cu medicamente de sinteză. Posibilitatea folosirii proprietăţilor vindecătoare ale unor produse apicole am început să o înţeleg încă din anii copilăriei, cînd, la ţară fiind, îl ajutam pe tatăl meu, stupar pasionat, la lucrările apicole. Am aflat atunci că lui, suferind de reumatism, înţepăturile albinelor îi erau binefăcătoare.

2. Deşi de dată recentă, atenţia acordată în numeroase ţări faţă de terapiile cu factori naturali a constituit o recunoaştere a valorosului tezaur de experienţă pe care îl deţin numeroase popoare, şi îndeosebi poporul nostru. Multiplele substanţe nutritive şi principii active, care au fost izolate din produsele apicole — alcaloizi, flavonoizi, glicozizi, vitamine, hormoni etc. —, absenţa toxicităţii, posibilitatea de a fi folosite simplu (fiecare în parte sau prin combinare), local sau general, sînt caracteristici care mă determină să opinez că majoritatea acestor produse vor fi utilizate ca elemente principale în medicina viitorului.

3. În cabinetul de otorinolaringologie din cadrul Sectorului medical de apiterapie şi în Clinica O.R.L. de la Spitalul „Colţea" am tratat, în ultimul deceniu, o gamă largă de afecţiuni acute şi cronice de specialitate (rinite, sinuzite, faringite, amigdalite, laringite, traheobronşite, alergii respiratorii, nazosinuzale sau rinobronşice, diverse nevralgii, afecţiuni ale urechii interne, micoze buco-faringo-linguale, herpes, „Zona Zoster", localizate în sfera O.R.L. Rezultate pozitive s-au obţinut în hipertrofiile şi atrofiile nazale şi faringiene, în alergii respiratorii, în adenoamigdalite cronice la copii (în 80% din cazuri reuşindu-se evitarea operaţiei), în micoze bucofaringiene. Pe cei operaţi de neoplasme din sfera O.R.L. apitera-

pia îi ajută să depășească etapa postoperatorie. Efectul principal al produselor apiterapice — și în cazul afecțiunilor O.R.L. — este biostimulator, de mobilizare a unor mecanisme de apărare ale organismului, antiinflamator, antibacterian, antimicotic, cicatrizant, antialgic, antialergic, analgezic. La rezultatele obținute — superioare deseori terapeuticii clasice — se adaugă scurtarea duratei tratamentului și o importantă redresare a stării generale. Și totuși, apiterapia nu trebuie considerată un panaceu, întrucît de ea nu beneficiază cazurile rezolvabile chirurgical, bolnavii de diabet zaharat, cei cu afecțiuni acute sau cronice supurative, cei cu o stare generală alterată.

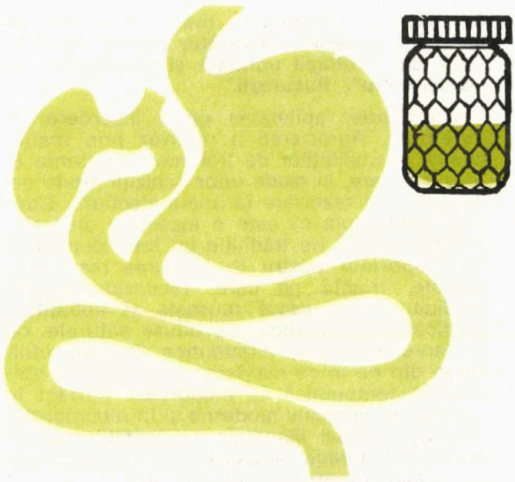
4. Deși toate produsele stupului au fost utilizate în apiterapie — cel mai nou fiind Apilarnilul —, fiecare dintre aceste produse oferă încă largi posibilități de valorificare în beneficiul sănătății.

5. Împreună cu alți specialiști din Institutul de cercetări și producție apicolă — și în special cu colega mea farm. Elena Paloș — am contribuit la elaborarea unor medicamente indicate în afecțiunile O.R.L. Realizate din polen, miere, lăptișor de matcă, propolis, aceste medicamente au dat rezultatele așteptate.

6. Deși realizate din produse naturale și lipsite de toxicitate, medicamentele apiterapice trebuie administrate — și în afecțiunile O.R.L. — sub stricta supraveghere a medicului specialist, care analizează modul de reacție al fiecărui bolnav, stabilește dozele, durata tratamentului și eventualele pauze care trebuie făcute.

Doctor în medicină și chimie Constantin Neacșu, medic primar endocrinolog, cercetător științific principal, Institutul de biologie și patologie celulară București:

1. Apiterapia constituie, ca orice tratament, un mijloc de a interveni în scopul vindecării sau ameliorării unor stări disfuncționale sau patologice ale organismului. În acest caz ea oferă posibilitatea utilizării unor preparate sau substanțe obținute din produsele stupului, produse care, prin efectul lor biologic, constituie factori valoroși din punct de vedere farmacodinamic. De aceea, o consider ca pe o



categorie de terapie care în unele cazuri poate „acoperi" singură, prin efectele reglatoare pe care le exercită asupra organismului sau ca adjuvant, necesarul de corectare a acestuia spre starea de sănătate.

2. Odată cu identificarea, izolarea și cunoașterea compoziției și structurii produselor melifere naturale, care s-au dovedit eficiente sub aspect terapeutic, ele pot deveni o baza de plecare pentru „optimizarea" acțiunii lor propriu-zise — farmacologice — și, implicit, pentru cunoașterea eficienței lor prin studii de laborator. Majoritatea celor folosite în apiterapie aparțin gamei largi de produse realizate de albine, dar cele mai importante elemente în perspectivă lor terapeutică sînt existența și tendința spre generalizare a produselor purificate. Apreciez că pînă în prezent nu a fost epuizată valorificarea integrală a capacității de vindecare a produselor stupului.

3. Experiența clinică obținută pînă acum de către cei care contribuie la elucidarea efectelor pozitive ale apiterapiei, experiență concretizată într-un apreciabil număr de lucrări științifice, confirmă gama foarte largă de stări din patologia umană care pot beneficia de această formă de tratament. Și totuși nu se pot trage încă concluzii ferme sau exclusive cu privire la eficiența terapeutică a produselor apicole asupra unei maladii comparativ cu alte medicamente; în condițiile în care studiile efectuate asupra lor au constituit o preocupare eclectică din partea cercetătorilor respectivi. Se poate spune însă ca exista, la ora actuala, domenii de patologie umana care beneficiază cert de apiterapie, singură sau asociată. De exemplu, bolile reumatismale și cele ale aparatului locomotor, cele ale aparatului circulator, ale aparatului digestiv și ale glandelor anexe, disfuncțiile sexuale ș.a. De menționat însă că efectul cel mai evident al produselor melifere este cel de tip nespecific, general, tonigen și recuperator optimizant.

4. În cadrul preocupărilor mele de cercetare cu caracter interdisciplinar, apiterapia, homeopatia și acupunctura reprezintă probleme curente. În acest sens, în investigațiile pe care le

efectuez încerc să includ și aspectele elucidării mecanismelor ce stau la baza efectelor pozitive ale apiterapiei asupra sistemului uman endocrin. În mod firesc, în măsura în care ajungi să cunoști mecanismul de acțiune al unei substanțe sau al unui produs pe laturile sale fundamentale, apare, ca un corolar normal, și posibilitatea modelării proprietăților terapeutice în scopul optimizării eficienței lor.

6. Pornind de la ideea că produsele melifere au dovedit că au efecte pozitive asupra organismului, începînd cu starea de tonifiere și reechilibrare generală și mergînd pînă la potențarea unor efecte terapeutice în unele stări patologice severe, unii dintre suferinzi se alătură deseori ideii că efectul acestor produse este proporțional cu doza. În astfel de situații o administrare necorespunzătoare specificului biologic al organismului respectiv, la care se asociază o durată inadecvată a tratamentului, poate conduce nu numai la absența efectelor pozitive, ci și la apariția unor reacții paradoxale sau chiar negative. De aici, recomandarea de a se evita chiar și folosirea produselor melifere fără consultarea medicului specialist. Oricît de bine ne cunoaștem propriul organism și afecțiunea de care suferim, aceasta nu ne conferă dreptul la autotratament nici cînd apelăm la produse naturale, cum sînt cele apicole. Colaborarea cu medicul specialist este, și în acest caz, o condiție obligatorie. La rîndul lor, medicii, dacă vor acorda atenția cuvenită „calităților" terapeutice ale produselor

melifere și medicamentelor realizate pe baza lor și le vor „acorda" cu starea organismului pe care trebuie să-l repună în condiții biologice optime, din ce în ce mai mulți oameni vor beneficia de aceste produse pe care albinele le culeg, le prelucrează în „laboratoarele" stupilor și ni le oferă...

Realizator: N. TURTURESCU

LA ANIVERSAREA a 70 de ani

Un an am mai înfășurat,
Pe caier greu de vreme
Și mai cu spor s-au furișat
La tîmple, diademe.

Vederea s-a mai tulburat
Și molcom mi-este glasul!
Deși mă simt mai ușurat,
Mai anevoie-i pasul...

Înțelepciune parcă-am prins
Mai berechet în viață
Și simt pe chip cum s-a prelins
Surîs ce mă răsfață.

De asta nu fac tămbălău
Și-mi văd mereu de drum...
Că dac-o fi și-o fi mai rău,
Să fie... ca acum.

D.C. MAZILU

APLICAȚIE proverbială

Mergînd prin toată țara, ne întîlnim în cale
Cu stațiuni mulțime de ape minerale,
Din care specialistul alege și indică
Pe cele pentru calculi, de pildă, la vezică.
Firește, nu la toate e agreabil gustul,
Cum, știm, are siropul sau laptele, ori mustul,
Dar omul îl suportă, ca și pe doctorii,
Deși aceste ape nu sînt și-n farmacii.
De-aceea cîte unii vin gustului de hac,
Bînd, între două ape, și niște coniac.
Și terminîndu-și cura, făcută cu „tărie",
Nu văd ameliorare deloc în maladie.
De fapt, așa se-ntîmplă cînd apa minerală
Nu este consumată natur, adică goală,
Căci intră-n acțiune proverbul cel bătrîn
Cu apa care trece, iar pietrele rămîn.

V.D. Popa

Doctorul: - *Cum vă mai simțiți de la ultima consultație?*
Pacientul: — Din ce în ce mai prost, doctore! Nu mai pot mînca nici măcar ce mi-ați interzis prima oară.

— Faci reclamă în toate ziarele că ai produs o nouă cremă împotriva pistruilor, cea mai bună din lume, și că se găsește de vînzare la toate farmaciile din țară, cu prețul de 10 franci cutia. Fii sincer: personal crezi ceva din cele afirmate?
— Ei, cîte ceva mai cred!
— Ce, de exemplu?
— Că se găsește de vînzare la toate farmaciile și că prețul este de 10 franci cutia.

EXAMEN LA MEDICINĂ

- Cunoști un mijloc de a provoca transpirația?
- Da, tovarășe profesor! Întrebările dv!

VITAMINA HAZ

- Ce face Dupont-fiul, dentistul?
- S-a asociat cu tatăl său.
- Au deschis un al doilea cabinet?
- Nici pomeneală. Bătrînul a pus pe picioare o afacere cu alviță și caramele.

Marius și Olive sînt internați în același salon, în paturi vecine, cu diagnosticul de sciatică. Li se aplică tratamentul obișnuit, cu masaj. În timpul ședinței de masaj Marius se vaită și plînge de durere, în timp ce Olive suportă liniștit manoperele masorului. După un timp, Marius îl întreabă pe Olive:
- Cum se face că stai atît de liniștit în timpul masajului? Nu te doare deloc?
- Mă crezi atît de prost încît să-i dau la masaj piciorul bolnav?

La un doctor celebru pentru laconismul său, soseşte o tînără. Fără nici o vorbă, îi arată mîna, care fusese muşcată de o pisică. Are loc următorul dialog:

– Zgîrietură?
– Muşcătură.
– Cîine?
– Pisică.
– Ieri?
– Azi.
– Dureroasă?
– Nu.

Medicul o pansează şi, impresionat de economia ei verbală, o întreabă:

– Căsătorită?
– Nu.
– Singură?
– Da.
– Liberă?
– Da.
– Doreşti să fii soţia mea?
– Da.

Un pacient se duce la doctor:
– Am o durere puternică la piciorul drept.
– Nu-ţi face probleme. Trebuie să fie vîrsta de vină.
– Nu cred! Piciorul stîng este de aceeaşi vîrstă şi totuşi nu mă doare deloc.

– Ei, cum o mai duce soacra?
– Eh, sărăcuţa! Acum o lună s-a întors de la băi şi alaltăieri a murit.
– Mde, – zice doctorul după un moment de reflecţie. – Apele îşi manifestă efectul după un anume timp.

Un farmacist îşi dă seama că ajutorul său a vîndut unui client un tub de stricnină în loc de un tub de aspirină. Iese val-vîrtej din farmacie, pleacă în goană după client şi-l ajunge în colţul străzii:
– Domnule, staţi un moment. Vi s-a dat din greşeală un tub de stricnină în locul unuia de aspirină şi stricnina este cu 15 lire mai scumpă.

Un medic aşteaptă cu nerăbdare ca mecanicul auto să-i repare maşina, pentru a-şi putea vedea de treburi. La un moment dat, exasperat de pierderea de timp, exclamă:
– În timpul ăsta puteam să pun trei diagnostice şi să prescriu patru tratamente!
– Da, dar dv. puteţi să-i întrebaţi ce-i doare! – veni răspunsul.

Culese, selectate şi traduse de:
Elisa Madolciu

SALMONELOZELE
ŞI PROFILAXIA LOR

Sub denumirea de *salmoneloze* sînt grupate o serie de boli transmisibile, clinic diferite, determinate de agenţi etiologici strîns înrudiţi între ei, constituind genul *Salmonella.*

Unele dintre aceste boli sînt tipic umane — febra tifoidă şi febrele paratifoide. Ele au fost reproduse experimental numai la maimuţe. Altele evoluează caracteristic la animale (tifoza aviară), iar majoritatea se întîlnesc şi se transmit, în egală măsură, la om şi la animale.

După manifestările clinico-evolutive, la om au fost descrise trei tipuri de salmoneloze:

1. *Febrele enterice, febra tifoidă şi febrele paratifoide A, B, C,* afecţiuni severe, cu evoluţie clinică şi prognostic rezervat, îndeosebi la cazurile descoperite tîrziu şi prost tratate.

2. *Septicemiile salmonelozice,* care apar mai ales la organisme cu sisteme imunodefensive insuficient dezvoltate sau slab reactivate: copii, bătrîni, taraţi etc.

Punctul de plecare al septicemiei este aproape întotdeauna digestiv, iar localizările secundare, imprevizibile: meningeale, pulmonare, osoase etc.

Prognosticul iniţial este agravat, la cazurile cu localizări secundare, de complicaţiile survenite pe fondul epuizat ori areactiv al organismelor la care evoluează asemenea afecţiuni.

3. *Gastroenteritele salmonelozice* sînt formele comune, epidemic cele mai răspîndite, ce apar ca urmare a ingestiei unui aliment intens contaminat. Din aceste motive termenul se confundă cu toxiinfecţiile alimentare salmonelozice. Tabloul clinic tipic — stare febrilă însoţită de greaţă, vomă, diaree — reprezintă de fapt reacţiile de apărare faţă de agresiunea unui număr mare de microorganisme asupra epiteliului tractului intestinal (în medie peste 10^6—10^8 organisme vii).

Atitudinea terapeutică este diferită faţă de cele trei tipuri de salomneloze umane.

În febrele enterice şi în septicemiile salmonelozice *spitalizarea este obligatorie.*

Gastroenteritele salmonelozice se spitalizează rareori (numai formele evoluînd brutal, cu pierderi mari de lichide, ce necesită rehidratarea parenterală), tratamentul efectuîndu-se ambulatoriu.

Avînd în vedere riscurile antibioterapiei (efecte toxice, inducerea rezistenţei cu selectarea de suşe multiplu rezistente), prelungirea stării de excretor postboală la subiecţii trataţi şi creşterea (fără vreun avantaj deosebit) costului tratamentului, în salmonelozele gastroenterale, forme medii de boală la persoanele adulte, se contraindică administrarea de antibiotice.

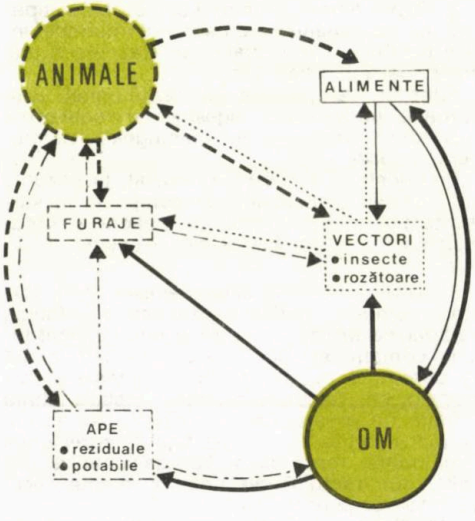
Pentru a preveni diseminarea salmonelelor la alte persoane sau în mediul înconjurător, se recomandă repausul, reechilibrarea hidroelectrolitică şi o dietă adecvată, împreună cu instituirea unor măsuri igenico-sanitare la domiciliu sau/ şi la locul de muncă.

Principiul „a preveni este mai bine decît a trata" se aplică, în mod deosebit, salmonelozelor.

La om există mijloace de *profilaxie specifică,* eficiente numai în febrele enterice. Vaccinul trivalent „tip TAB" a fost abandonat, ca nejustificat epidemiologic, de mai mulți ani în țara noastră, fiind înlocuit cu vaccinul antitifoidic (T).

Dată fiind diversitatea mare a tipurilor de *Salmonella* ce pot determina toxiinfecțiile alimentare, ca și mecanismul patogenic al acestor îmbolnăviri (reacție de apărare față de o agresiune masivă), în enteritele salmonelozice vaccinarea nu este posibilă.

Profilaxia nespecifică, strategia combaterii tuturor salmonelozelor umane și animale, se adresează, deopotrivă, depistării surselor contaminate și interceptării căilor de transmitere a infecției.



În figura alăturată este prezentat circuitul salmonelelor în natură, cu cei doi poli esențiali — omul și animalele domestice — ca principale surse contaminante ale alimentelor, apelor și mediului înconjurător.

Neutralizarea surselor, una dintre măsurile de bază, cu mai mulți ani în urmă, a devenit din ce în ce mai dificilă, datorită proporțiilor deosebite pe care le-a îmbrăcat difuziunea salmonelozelor.

Existența unui important număr de excretori neidentificați: purtători cronici ori ocazionali de scurtă durată, bolnavi cu forme fruste ori inaparente sau forme ușoare, ignorate, ca și diversificarea și multiplicarea potențialului acestei surse, îndeosebi în condițiile actuale de turism și mișcare a unui important număr de persoane la mari distanțe, face practic imposibil un complex de măsuri asupra surselor umane a cărui eficiență era apreciată ca pozitivă în urmă cu mai mulți ani.

Pentru limitarea potențialului contaminant al surselor au fost preconizate o serie de măsuri care prevăd:

1. Investigarea bacteriologică complexă a izbucnirilor epidemice de toxiinfecție alimentară, ca și a cazurilor izolate de gastroenterita în condiții reglementate prin dispoziții ale Ministerului Sănătății.

2. Controlul riguros al personalului care lucrează în blocurile alimentare de orice fel, laboratoare de alimentație și colectivități de copii:

— controlul bacteriologic la angajare și periodic al personalului;

— controlul bacteriologic al copiilor admiși în colectivitate;

— controlul și urmărirea zilnică, de către conducătorul unității ori al echipelor de lucru, asupra stării de sănătate a personalului. Nu sînt admiși la lucru în blocuri alimentare lucrători cu tulburări acute gastrointestinale (vărsături, diaree).

3. Controlul sanitar veterinar al tuturor animalelor în preabataj. Se exclud de la sacrificare cele care prezintă semne clinice de îmbolnăvire.

Datorită eficienței mai mari, centrul de greutate în prevenirea salmonelozelor s-a mutat, în ultimii ani, la nivelul căilor de transmitere, înțelegînd prin aceasta totalitatea modalităților prin care se încheie ciclul sursă-subiecți receptivi.

Prin potențialul ei activator, calea alimentară joacă rolul major în determinismul și difuziunea salmonelozelor.

Rolul alimentului „primar contaminat" (de la sursă) este din ce în ce mai redus, datorita măsurilor de igienizare și control al alimentelor de origine animală date spre consum. Nu sînt admise pentru consum alimentele găsite contaminate cu *Salmonella.*

Contaminarea „secundară" a alimentelor survenită pe durata depozitării, transportului, prelucrării (prin manevre improprii ori datorita

vectorilor), intervine însă cu o pondere variabilă în raport de condiţiile igenico-sanitare. Orice produs alimentar neambalat corespunzător, ipotetic poate fi contaminat de-a lungul circuitului comercial alimentar.

În consecinţă au fost preconizate şi se aplică o serie de măsuri, dintre care menţionăm cîteva, cu importanţă practică majoră:

1. Pentru prevenirea contaminării alimentelor finite sau a celor care nu mai suferă prelucrare termică înainte de a fi date în consum se indică:

— circuite separate unidirecţionale şi personal diferit, corespunzător instruit pentru blocurile unităţilor mari de alimentaţie publică (cofetari, bucătari şi manipulatori etc.);

— un regim de lucru controlat şi eventual etapizarea proceselor de preparare în bucătăriile mici, individuale. De exemplu, produsele crude (carnea, ouăle, zarzavaturile) să nu fie aşezate alături de brînzeturi ori produse finite (gata de dat în consum) şi să nu fie tranşate ori curăţate pe aceleaşi suprafeţe sau în aceleaşi vase în care se pregătesc cremele, maionezele, sosurile ori alte mîncăruri ce nu sînt prelucrate termic înainte de consum;

— alimentele preparate să fie păstrate acoperite şi date în consum cît mai curînd după pregătire. Mîncărurile neconsumate în ziua preparării, chiar păstrate la frigider, este bine să fie încălzite cel puţin 10—15 minute la fierbere, înainte de a fi servite. Această măsură este salutară pentru inactivarea salmonelelor şi în consecinţă blocarea transmisiei;

— combaterea muştelor, a gîndacilor de bucătărie şi a rozătoarelor peridomestice (şoareci, şobolani), ca cei mai activi vectori la contaminarea cu *Salmonella* a alimentelor crude şi îndeosebi a celor prelucrate.

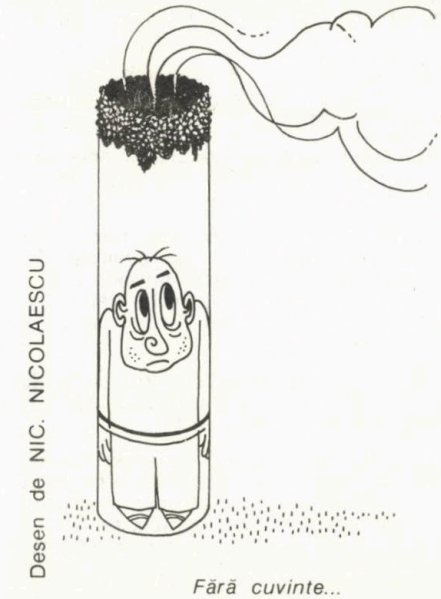
2. Interzicerea preparării şi vînzării, pe timpul verii, în unităţile de alimentaţie publică, a produselor din ouă crude (care prezintă prin natura lor un risc epidemic crescut), ca şi interzicerea folosirii ouălor de raţă în alimente ce nu suferă prelucrare termică.

3. Vînzarea cărnii, îndeosebi a celei de pasăre şi porc, în ambalaje etanşe (pungi de mase plastice).

4. Păstrarea preparatelor de cofetărie (torturi, prăjituri cu cremă etc.) şi a semipreparatelor culinare în condiţii de refrigerare — +4° — +8° C — şi vînzarea lor în ambalaje corespunzătoare.

Menţionăm, în încheiere, importanţa majora pe care o au măsurile de educaţie sanitara pentru aplicarea perseverentă, în unităţile de alimentaţie publică, ca şi în gospodăriile individuale, a măsurilor de mai sus. Deprinderile de igienă individuală — între care *spălatul mîinilor* — sînt primordiale ca importanţă şi eficienţă în prevenirea salmonelozelor. Se intercepteaza şi se neutralizează astfel rolul sursei umane şi se blochează, în mare măsură, calea esenţială — cea alimentară — de transmitere.

Dr. **MARIAN NEGUŢ**
ŞEF LABORATOR ENTEROBACTERIOZE
INSTITUTUL CANTACUZINO, BUCUREŞTI



Desen de NIC. NICOLAESCU

Fără cuvinte...

MINICOD DE COMPORTARE CIVILIZATĂ

Fii de vizită la spital

— In momentul cînd intrați într-un spital, nu este cazul să vă mai gîndiți la fumat. Țigările devin de prisos!

— Același sfat, celor care cred că pentru a prinde curaj și a-l transmite și altora, o țuiculiță sau o berică... nu strică!

— Orele de vizită se respectă! Orarul nu este afișat doar ca să existe. El ține seama de nevoile asistenței medicale și deci trebuie respectat cu strictețe. Escapadele nocturne nu sînt permise!

— Halatul alb, pe care-l primiți de la garderobă, se poartă peste îmbrăcămintea de stradă și nicidecum în mînă, sub braț sau în vreo sacoșă!

— Atunci cînd faceți o vizită unui bolnav, nu uitați nici un moment că trebuie să fie scurtă și precisă. Nu este necesar să epuizați toate noutățile despre colegi, vecini și mai ales despre fotbal. Vizitele scurte rămîn cele mai plăcute!

— Oricît de ostenit ați fi, nu este permisă așezarea pe patul de spital. Pentru taifas, e timp destul cînd omul este sănătos!

— Patul nu poate ține loc de cuier, pentru îmbrăcăminte, pălării, umbrele, genți, sacoșe și alte obiecte casnice, nici în cazul spitalului!...

— Nu este necesar să spuneți în salon, cu voce tare, toate glumele pe care le știți. Pentru unii, ele pot fi... indigeste!...

— Nu introduceți în spital alimente contraindicate celui în cauză. *De gustibus non disputandum!...*

— Nu vorbiți în salon, cu voce tare, despre mîncăruri, ospețuri, delicatese culinare. S-ar putea să provocați pofta unor pacienți care nu au voie să consume respectivele preparate și care, grație dumneavoastră, își pun pofta... în cui!...

— Nu faceți gălăgie pe culoarele spitalului, strigînd, vociferînd, fluierînd, vorbind tare. Nu vă aflați, totuși, pe bulevard!

— La spital nu se merge cu cîrdul, fie el și mai mic. Oricum, cînd este multă lume în salon și nu sînteți cel mai apropiat membru al familiei sau cel mai intim prieten, retrageți-vă după puțin timp, invocînd un motiv. Este știut că după vizită bolnavii, în special cei operați, fac o așa-numită „febră de vizită". O linie mai puțin contează!...

— Cînd aveți gripă nu este necesar să faceți vizite în spital. Și pînă acolo ați făcut multora cadou guturaiul!

— Salonul de spital nu este salon de coafură, așa că oricît de preocupat ați fi de propria dumneavoastră podoabă capilară, înfrînați-vă pornirile de a începe să vă pieptănați. Este nu numai neigienic, dar și contrar regulilor de bună-cuviință!

— Copiii mici nu au voie să facă vizite în spital. În primul rînd există pericolul de a veni sănătoși și a pleca bolnavi!

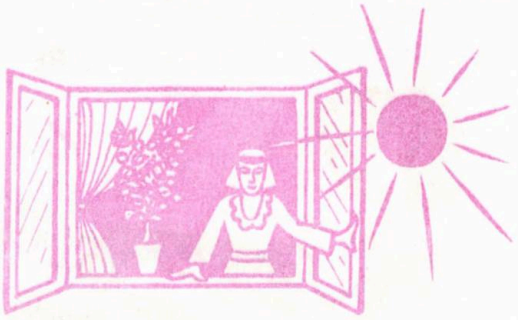
— Stăpîniți-vă „pornirile medicale", întrebîndu-l la nesfîrșit pe cel internat: „De ce nu ți-a făcut? Cum, ție nu-ți face?" Medicii se descurcă și singuri...

— Cît de mult v-ați iubi pisica sau cîinele, abțineți-vă de a-i dezmierda în brațe cînd plecați la spital. Importați astfel, într-un lăcaș de sănătate, o cantitate apreciabilă de păr și paraziți.

— Nu insistați să intrați cu autoturismul propriu în curtea spitalului. Parlamentînd la nesfîrșit cu portarul, puteți stînjeni accesul unei autosalvări, în care se află un om, pentru care cîteva secunde pot însemna chiar viața. Mașina se lasă la parcare, iar mersul pe jos este sănătos și recomandat de medici.

C. FLORIN

IGIENA LOCUINȚEI



Din toate timpurile omul s-a străduit să fie protejat contra elementelor naturale, creîndu-și un spațiu închis, în care să fie la adăpost de forțe ostile, în care să poată munci cu mai multă vigoare și eficacitate, care să-i permită a trăi cît mai confortabil și agreabil, a-și salva bunurile și a se bucura, împreună cu familia sa, de intimitatea necesară. Acest adăpost a suferit schimbări continue, de-a lungul timpului, progresul tehnic și social influențînd puternic condițiile de locuit, îmbunătățirea acestora constituind expresia concretă și vizibilă a ridicării nivelului de viață.

Locuința — habitatul — este mediul fizic în care locuiește familia, unitatea fundamentală a societății, în care copilul crește și învață, în care oamenii își refac puterile după o zi de muncă, se recreează și își petrec o bună parte din viață. Tot aici se desfășoară și activitățile menajere: pregătitul hranei, curățenia corporală, spălatul rufelor etc.

Este bine cunoscut faptul că între locuință și sănătatea omului există o strînsă legătură, locuința fiind locul cel mai bun pentru promovarea stării de sănătate. Într-o locuință întreținută în condiții igienice copiii vor crește mai bine, oamenii vor vieții mai plăcut și cu toții vor avea parte de sănătate. Dimpotrivă, într-o locuință insalubră, rău întreținută, sănătatea are de suferit. Curățenia și aspectul plăcut al locuinței constituie „cartea de vizită" a celor ce o locuiesc.

Iată de ce fiecare dintre noi avem datoria de a ne însuși cîteva cunoștințe elementare cu privire la igiena locuinței, pe care să le aplicăm în viața zilnică.

Cum trebuie amenajată și întreținută locuința sînt lucruri pe care, am putea spune, în mod firesc, trebuie să le știe fiecare om.

Igiena locuinței, azi, este rezultatul progresului tehnic: lumină, grupuri sanitare în casă, apă caldă și rece, aparate electro-menajere, mijloace de informație audio-vizuală etc. Ambianța plăcută și starea de curățenie a locuinței este rezultatul nivelului de civilizație al locuitorilor ei.

Împărțirea spațiului locuinței este o problemă dintre cele mai importante pentru sănătatea celor ce o locuiesc.

Astfel, CAMERA DE ZI, camera de locuit, în care membrii familiei își petrec cea mai mare parte din zi, trebuie să fie încăpătoare (cea mai mare), luminoasă, însorită și foarte bine aerisită; de asemenea să nu fie prea aglomerată cu mobilă, pentru a nu se micșora volumul de aer necesar respirației și a se putea asigura ușor curățenia zilnică.

CAMERA COPIILOR trebuie să fie cea mai călduroasă, cea mai luminoasă, cea mai însorită. Și aici se va evita supraîncărcarea cu mobilă, care trebuie să fie ușoară, deschisă la culoare și ușor de curățat. Este recomandabilă folosirea covoarelor mici, pentru a putea fi curățate zilnic.

BUCĂTĂRIA, rezervată cum bine știm preparării alimentelor, este bine să fie mobilată simplu, cu dulapuri cît mai ușor de spălat și curățat. Aici aerisirea trebuie asigurată în permanență, pentru a se evita persistența mirosurilor. De asemenea, în bucătărie se va amenaja un spațiu închis, în care se vor ține obiectele pentru curățenie — detergenți, mătură, făraș, cît și recipientul pentru colectat gunoiul, care trebuie să fie prevăzut cu capac și să fie lavabil.

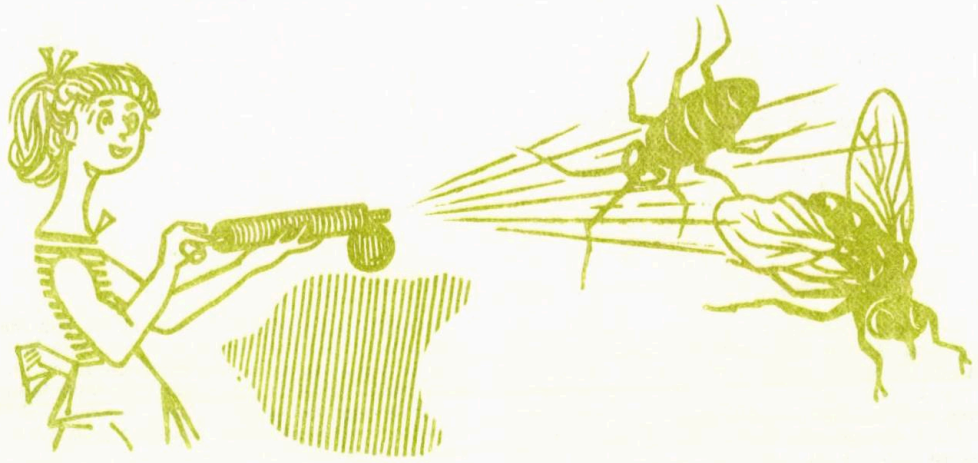
Frecvent, în bucătărie pătrund insecte din exterior, ca muște și gîndaci, care creează o serie de incomodități și pot produce îmbolnăviri. Muștele circulă și se hrănesc prin locurile cele mai insalubre (gunoi), încărcîndu-se cu un număr imens de microbi (pe corpul unei muște se pot găsi 6—7 milioane de microbi).

Pentru combaterea insectelor, atît a celor zburătoare, cît și a celor tîrîtoare, care deja au invadat locuința, trebuie folosit insecticidul Universal cu piretru sau insecticidul Universal cu substanțe piretroide.

Prezența muștelor în locuință înseamnă contaminarea suprafețelor atinse (atît prin contact direct, cît și prin dejecte) și reflectă o stare de igienă precară, conferind un aspect necivilizat și insalubru, care anulează toate eforturile de curățenie ale familiei. Același lucru se poate spune și despre prezența gîndacilor în locuință, ei fiind, de asemenea, vehicule a numeroase boli. Avînd în vedere posibilitățile de îmbolnăvire datorită muștelor și gîndacilor — în special toxiinfecțiile alimentare — trebuie să luăm toate măsurile de prevenire a pătrunderii și înmulțirii lor. Pentru aceasta trebuie să păstrăm alimentele acoperite și să înlăturăm seara din locuință gunoiul și resturile de mîncare; astfel apărăm hrana de contaminare cu microbii vehiculați de muște și gîndaci și îndepărtăm substratul care-i atrage și le favorizează înmulțirea în locuință.

O atenție deosebită trebuie acordată întreținerii igienice a BĂII și W.C.-ului. Camera de baie trebuie să fie curată și dotată cu tot necesarul pentru asigurarea curățeniei corporale.

De asemenea, W.C.-ul trebuie spălat, curățat și dezinfectat. Mentalitatea, conform căreia closetul este un loc insalubru, rău mirositor,



trebuie combătută cu fermitate, deoarece aceasta duce la menținerea în casă sau în curte a unui focar permanent de insalubrizare și de contaminare cu microbi.

În baie se pot amenaja spații închise pentru păstrarea unor produse farmaceutice sau pentru rufe murdare.

Se va evita utilizarea de covoare care mențin umezeala și pot mucegăi. Mucegaiul, pe lîngă mirosul neplăcut pe care-l emană, este și generator de diverse alergii.

Întreținerea în stare de bună funcționare a instalațiilor sanitare este un lucru foarte important pentru sănătate. Prezența continuă a apei duce la deteriorarea pereților, pardoselii, creează umezeală și disconfort. Mediul umed și igrasia influențează negativ starea de sănătate, întreținînd sau agravînd anumite afecțiuni, ca: reumatismul, alergiile cutanate și respiratorii etc.

Țevile înfundate sau crăpate duc la scurgeri de apă urît mirositoare și reprezintă un focar de microbi, țînțari sau gîndaci.

După cum am văzut, locuința are o mare importanță în viața omului. Ea este locul de odihnă după o zi de muncă, locul unde copiii își fac lecțiile, unde se prepară hrana zilnică și de aceea casa noastră, în orice clipă, trebuie să strălucească de curățenie.

Asigurarea curățeniei eficiente în casă presupune, în primul rînd, efectuarea ei cu rost, am putea spune după un anume tipic. Oscilațiile între valuri de dezordine, murdărie și acțiuni de curățenie pretind eforturi mari, consum de timp și energie și fac ca, din punct de vedere funcțional, să rămînă ineficientă.

Este încă foarte răspîndită prejudecata potrivit căreia în anumite ore din zi este inevitabilă murdăria în casă, considerîndu-se „ghinion" dacă apar musafiri în timp ce se gătește, se spală etc.

Un proces continuu de curățenie reduce la minimum riscul insalubrizării locuinței. Pentru ca să ne dăm seama de importanța unei curățenii bine făcute și întreținute este suficient să ne amintim că murdăria reprezintă cel mai bun mediu pentru înmulțirea microbilor și menținerea muștelor, gîndacilor și șoarecilor în casă.

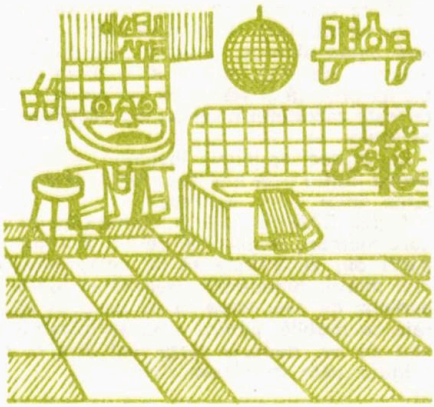
Este important de reținut că dezinsecția, desmuștizarea, deratizarea depind, în mare măsură, de gradul de curățenie din casă, că aplicarea mijloacelor chimice de asanare peste praf și murdărie nu reprezintă decît o risipă, eficiența fiind extrem de redusă.

În locuință fiecare colțișor trebuie să fie aerisit, uscat și mai ales trebuie să fie curat, deoarece curățenia contribuie, în mod deosebit, la apărarea sănătății noastre.

O problemă importantă o constituie și praful din locuință. Acesta provine atît din exterior, adus pe haine, încălțăminte, fereastră, cît și din interior; are efecte de ordin estetic evidente, ca urmare a depunerii pe suprafețele obiectelor, dar, desigur, și efecte nocive, datorite inhalării sale continue. Respirația expune la pătrunderea în organism, în fiecare minut, a unui număr mare de microbi din aerul încăperilor; într-un cm^3 de aer s-au găsit peste 1/2 milion de firicele de praf încărcate cu bacterii, virusuri și ciuperci.

Iată de ce trebuie să ne străduim ca în cameră să fie cît mai puțin praf. Curățenia umedă este cel mai bun mijloc de înlăturare a prafului. Pentru măturat se vor folosi, obligatoriu, mătura și peria umede, sau aspiratorul.

Mobila de lemn sau lustruită se va șterge cu o cîrpă moale, care absoarbe praful; în camerele copiilor mici praful se va șterge cu cîrpa



udă. Praful trebuie șters de peste tot zilnic, deoarece în locurile întunecoase și neaerisite praful depus putrezește și produce un miros neplăcut, iar microbii supraviețuiesc multă vreme.

În praful de casă se găsesc alergeni inhalanți, cel mai frecvent fiind Dermatophagoides acania și Dermatophagoides farinae sau culinae, responsabili de producerea alergiilor respiratorii — astm bronșic — sau diverse alergii cutanate.

De asemenea, prin strănut sau tuse aerul, particulele de praf din aerul încăperilor se încarcă cu microbi sau virusuri care pot genera boli ca: viroze respiratorii, tuse convulsivă, rujeolă, scarlatină etc.

Aerul — aerisirea locuinței — este unul dintre cele mai însemnate mijloace pentru menținerea și întărirea sănătății.

Viața fără aer, fără oxigen nu este posibilă. Fără mîncare omul supraviețuiește cîteva săptămîni, chiar luni, fără apă cîteva zile, fără aer, doar cîteva minute.

Odată cu respirația aerul încărcat cu O_2 intră în plămîni și de acolo, prin sînge, circulă în tot corpul. Substanța nervoasă este deosebit de sensibilă la lipsa de oxigen — senzație de cap greu, memorizarea dificilă, somnolență.

Este cunoscut că oamenii care trăiesc în locuințe neaerisite sînt palizi, firavi, au un organism puțin rezistent, se îmbolnăvesc ușor.

De aceea este atît de important să aerisim locuința noastră cît mai des. Aerisirea trebuie să se facă cel puțin dimineața, după ce ne-am sculat, și seara, înainte de culcare.

În timpul verii, ferestrele trebuie ținute deschise toată ziua, chiar și noaptea. În timpul iernii, ele trebuie deschise de cîteva ori pe zi; aerul rece pătrunzînd repede în casă, aerisirea se va face rapid.

Aerisirea cea mai eficace se face prin curent, adică prin deschiderea largă a ferestrelor și ușilor, în același timp.

La 3—5 ani este necesar să se zugrăvească pereții, să se vopsească lemnăria. Cu această ocazie aerisiți și curățați bine toată locuința, fiecare colțișor.

Deprinderile igienice privind curățenia se formează din copilărie, în cadrul familiei, și trebuie să constituie o preocupare permanentă și obligatorie pentru fiecare membru de familie.

DE REȚINUT!

— Curățenia locuinței, aerisirea, buna încălzire, modul de folosire a spațiului, toate acestea au o foarte mare influență asupra sănătății.

— Faceți zilnic curățenie. Măturați cu peria umedă sau cu aspiratorul, cu ferestrele larg deschise.

— Aerisiți zilnic încăperile și scoateți la aerisit pernele, cearșafurile, păturile, plăpumile etc.

— Invitați soarele să pătrundă în locuință. Soarele este izvorul vieții și al sănătății.

— Din locuință nu trebuie să lipsească florile, flori în casă și pe balcoane.

— Îngrijiți-vă să aveți bucătăria și baia în perfectă stare de curățenie.

— Depozitați gunoiul în condiții igienice, în recipiente cu capac, și evacuați-l seara din locuință.

— Vă veți asigura astfel o viață plăcută și sănătoasă pînă la adînci bătrînețe.

Vechiul proverb românesc „Curățenia este mama sănătății" ilustrează, în modul cel mai elocvent, importanța pe care o are curățenia pentru apărarea sănătății fiecăruia dintre noi.

Dr. IOANA IACOB
Institutul de Igienă și Sănătate Publică, București

PLOPUL

Drept în fața casei mele,
Străjuie de mult, alene,
Înalt și viguros, un plop,
Ce l-am scăpat de tîrnăcop.

I se-aducea învinuirea,
Ce mie îmi stîrnea uimirea,
Că ale sale crengi mărunte
Scutură, toamna, frunze multe.

Și mai spuneau vecine rele,
Că fructe nu dă, de-i vor cere,
Că umbra e destul de deasă,
Dar strada nu e bine-aleasă.

Altul, crezînd că mă convinge,
Susține că-i vede cînd ninge
Cu negri pufi, ce-i bate vîntul,
Și în trei zile-i plin pămîntul.

Surprins de grava acuzare
Intervin prompt, în apărare,
Fiindcă îmi pare act normal,
Să păstreze bunul natural.

Și printre multe argumente
Invoc, fără menajamente,
Plăcerea mea, pentru acest pom,
Ce pot să-l compar cu un om.

Căci el, cînd vremea îi prieste,
Trecătorilor zîmbește,
Urîndu-le-n foșnet, mult spor
Și voie bună, în plin decor.

De e prea cald, el are grijă
Răcoare s-aducă în tijă,
Iar cu-a sa frunză-n pendulare
Se-nclină-n semn de dezmierdare.

Fereastra mea, nu mai vorbesc
De cîte ori o împodobesc,
În falduri verzi, de orice nuanță,
Ce amintește de-o romanță.

Ceva mai mult, de sînt singură,
El iute observă a mea tortură.
Discret, cu creanga-n geam îmi bate
Și-ncurajarea mă străbate.

De-un timp, îmi ține socoteală,
Cu frunze aurii-n beteală,
Clipelor frumoase ce-mi surid
Care se scurg repede, pe rînd.

Gabriela Tănase

MEDICI TRANSILVĂNENI

participanţi la Marea Adunare Naţională, din 1 Decembrie 1918, de la Alba Iulia

În ultimii cinci ani ne-am preocupat de alcătuirea listei medicilor transilvăneni participanţi la Marea Adunare Naţională (MAN) din 1 Decembrie 1918 de la Alba Iulia, care a declarat *Unirea* pentru toate veacurile a Transilvaniei şi Banatului cu România veche, desăvîrşindu-se în acest fel constituirea, în graniţele etnice, a statului naţional unitar român.

Am considerat atît participanţii cu „credenţionale", cît şi pe cei care s-au deplasat la Alba Iulia din curiozitate sau, mai corect, cum mi-a declarat soţia unuia dintre participanţi, „din patriotism".

În lucrarea de faţă prezentăm pe doi dintre cei mai reprezentativi participanţi: prof. Iuliu Moldovan de la Cluj şi dr. Aurel Stoian de la Bran-Braşov.

IULIU MOLDOVAN

(1882-1966)

Participant la Marea Adunare Naţională din 1 Decembrie 1918 de la Alba Iulia. Secretar general al Resortului Ocrotirilor Sociale din Consiliul Dirigent. Creatorul şcolii moderne de igienă din ţara noastră; primul profesor de igienă şi igienă socială la Facultatea de Medicină românească din Cluj şi director al Institutului de Igienă şi Sănătate Publică din Cluj. Directorul Regionalei Cluj, a Institutului Social Român. Personalitate fascinantă prin cultura şi comportamentul său. Decan al Facultăţii de Medicină şi Farmacie în anul şcolar 1924-1925 şi prodecan în anul 1925-1926. Decorat cu „Meritul Sanitar" cl. I şi „Steaua României" în grad de ofiţer.

VIAŢA ŞI ACTIVITATEA

Iuliu Moldovan s-a născut la 15 iunie 1882, în comuna Bogata de Mureş, judeţul Mureş, dintr-o familie de preot. A absolvit şcoala primară şi liceul la Mediaş. A urmat Facultatea de Medicină la Viena şi Praga. Paralel a audiat cursuri la Facultatea de Filozofie, de Ştiinţe Naturale-Biologie şi Drept, care au contribuit substanţial la formarea sa ca om de ştiinţă. La început a lucrat ca medic militar la Secţia dermatologie şi boli venerice, apoi la Laboratorul central de bacteriologie al armatei austro-ungare (unde s-a specializat în igienă, epidemiologie şi sănătate publică). Acolo a desfăşurat şi activitate didactică, sub conducerea marelui imunolog, microbiolog şi epidemiolog dr. Robert Doerr. În anii care au urmat şi-a desăvîrşit specializarea în Institutul de Medicina Tropicală din Hamburg, Institutul Pasteur, la Paris, apoi la Roma şi Napoli. În iulie 1914 a fost mobilizat şi numit şef igienist al unei armate austro-ungare. În 1915, Facultatea de Medicină din Viena îl numeşte docent.

La 1 Decembrie 1918 a luat parte la lucrările MAN de la Alba Iulia, trăind, împreună cu toţi participanţii, măreţia evenimentului şi semnificaţia sa pentru viitorul poporului român. Aici l-a cunoscut pe celălalt mare corifeu al şcolii medicale clujene româneşti, prof. Iuliu Haţieganu. Cu toţii au subscris entuziaşti la Marea Unire. În numele transilvănenilor au cerut înfiinţarea unei universităţi româneşti la Cluj, în cadrul căreia să fiinţeze şi o facultate de medicină. Ei s-au legat să servească cu toate forţele şi întreaga viaţă interesele facultăţii de medicină ce se va înfiinţa. Acest deziderat a fost împlinit. Chiar a doua zi după semnarea Marii Uniri s-a cerut cu insistenţă Consiliului Dirigent preluarea şi naţionalizarea, cît mai grabnică, a Universităţii maghiare din Cluj şi organizarea de urgenţă a Universităţii româneşti la Cluj.

În 15 decembrie 1918, docentul Iuliu Moldovan a fost numit secretar general al Resortului Ocrotirilor Sociale din Consiliul Dirigent al Transilvaniei, cu sediul la Sibiu. În noua sa calitate, la 28 ianuarie 1919 a contribuit activ

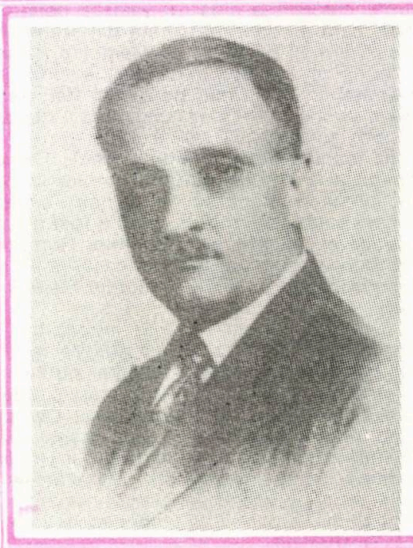


Fig. 1. — Prof. Iuliu Moldovan (colecţia autorului).

la organizarea Congresului medicilor de la Sibiu, unde viitorul profesor Iuliu Haţieganu a fost ales preşedinte. Cei doi viitori savanţi s-au împrietenit şi au devenit marii fondatori ai şcolii medicale şi ai sănătăţii publice în Transilvania. Cu acest prilej au constituit şi un *colegiu* format din 11 medici, care a fost însărcinat cu „cercetarea documentelor şi lucrărilor pe care le vor înainta candidaţii la catedrele acestei facultăţi", făcînd apoi propuneri de numire Consiliului Dirigent.

La 2 aprilie 1919 secretarul general al Resortului Ocrotirilor Sociale, dr. Iuliu Moldovan, fost docent la Facultatea de Medicină a Universităţii din Viena, propunea Resortului Instrucţiunii Publice ca, în vederea organizării Facultăţii de Medicină din Cluj — în conformitate nu numai cu cerinţele ştiinţifice, ci şi cu necesităţile de viaţă ale poporului român — să se numească un colegiu format din cîţiva membri (Victor Babeş şi Iacob Iacobovici, din Bucureşti, Iuliu Haţieganu şi Iuliu Moldovan, din Transilvania), colegiu care să fixeze programul de studiu.

Doctorul Moldovan îşi încheia astfel întîmpinarea: „...Considerînd că dorinţa noastră de a menţine un caracter transilvănean, o atmosferă curată, neapărat necesară pentru focarul de ştiinţă şi de creştere care are să fie de la început Facultatea noastră din Cluj, dorim a crea în Cluj o Facultate medicală de primă forţă, ca institut de creştere şi ştiinţă, a aplica cei mai buni şi mai activi profesori pe care îi putem afla, a elimina orice politicianism şi sectarism, orice lipsă de simţ de datorinţă şi responsabilitate, incompatibile cu demnitatea, seriozitatea şi importanţa publică a profesorilor universitari. Dorim mai departe a forma această facultate de la început pe baze temeinice şi durabile, evitînd schimbări de persoane după scurt interval, dăunătoare menirii şi dragostei profesorilor pentru interesul instituţiei".

Respectîndu-se aceste deziderate, în şedinţa plenară din 13 august 1919, a Comisiunii universitare, s-a înaintat raportul cu propuneri, în urma cărora s-a ales un valoros corp de medici, care a constituit prima generaţie de profesori ai noii Facultăţi de Medicină, cunoscută ulterior ca „generaţia de aur" a medicinii româneşti, ce şi-a făcut pe deplin datoria. *Ei au creat cunoscuta - şi recunoscuta - şcoală medicală românească de la Cluj.*

În toamna anului 1919, docentul Iuliu Moldovan a fost numit profesor titular la Catedra de igienă şi igienă socială a noii Facultăţi româneşti de medicină. În 1920 a fost ales membru corespondent al Academiei Române. Era un bun didact, vorbea cu pasiune şi reţinea atenţia auditoriului pe parcursul întregii expuneri.

Cu studenţii era blînd şi îngăduitor. Cerea noţiuni precise şi o bună gîndire igienică şi nicidecum acumularea de date inutile în activitatea practică. Examenele erau o adevărată sărbătoare pentru studenţii buni. Cei programaţi pentru examene în ziua respectivă erau invitaţi în cabinetul profesorului, li se servea o cafea şi intrau încet în discuţia-examen. Celor care nu răspundeau satisfăcător le zicea blînd: „Cu dumneavoastră va trebui să reluăm discuţia la toamnă".

Între 1928 şi 1930 a lucrat în cadrul Ministerului Sănătăţii, unde a elaborat o lege sanitară, progresistă, numită şi „Legea Moldovan", ale cărei idei au răsărit ulterior sub diferite forme; unele dintre ele s-au realizat numai în condiţiile regimului socialist. În 1930 a fost înfiinţat Institutul de Igienă şi Sănătate Publică, cu un vast program de cercetare, experimentare şi de acţiuni de sănătate publică.

Ideile sale novatoare, cu orientare net preventivă, s-au referit la:

— înfiinţarea unor centre regionale de igienă;

— organizarea combaterii tuberculozei, a bolilor venerice şi a mortalităţii infantile;

— înfiinţarea instituţiei surorilor de ocrotire;

— organizarea unor acţiuni vaste de educaţie sanitară, adresată mai ales tinerilor;

— promovarea medicinii omului sănătos privit nu numai ca individ sau colectivitate, ci mai ales în perspectiva generaţiilor care se succed;

— necesitatea înzestrării cu spitale a întregului teritoriu al ţării;

— editarea unei reviste, care a devenit revista „Sănătatea publică";

— rolul familiei în stat;

— înfiinţarea Institutului pentru studiul, profilaxia şi tratamentul cancerului la Cluj şi a unor institute de seruri şi vaccinuri în Bucureşti şi Iaşi;

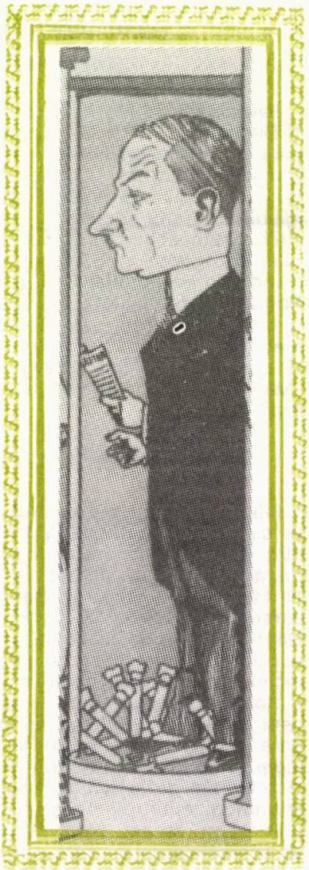


Fig. 2. — Prof. Iuliu Moldovan, văzut de caricaturiştii vremii (colecţia autorului).

— înființarea unor plăși sanitare model și
— pregătirea de medici specialiști în igiena și sănătate publică.

Toate aceste deziderate, care ulterior — mai ales după instaurarea socialismului la noi — au devenit realizări, erau gîndite pe baza realităților românești, dar se bazau pe cele mai recente cuceriri științifice. În 1931 a făcut o călătorie de studii la Fundația Rockefeller — în Statele Unite — și a înlesnit călătoria mai multora dintre colaboratorii săi la această Fundație, printre care a viitorilor profesori Leon și Ion Prodan, M. Zolog, I. Ardeleanu și P. Râmneanțu.

Activitatea științifică a fost multilaterală

În afară de preocupările menționate, amintim lucrările în domeniul patogeniei șocului anafilactic, hipersensibilității și alergiei. În 1923 a izolat substanța numită Reticulina-M. (Metschnikov), care s-a dovedit activă în combaterea stărilor alergice.

Lucrările sale însumează 630 de articole, monografii, manuale și un *Tratat de igienă și sănătate publică*, ce cuprinde 990 de pagini, publicat în 1947, în care s-a dovedit un neîntrecut cercetător în domeniul epidemiologiei și al sănătății publice.

El a întemeiat o valoroasă școală de igienă la Cluj, care a evoluat paralel și în colaborare cu cea creată de Gh. Banu (1889-1957) la București. Din școala creată de I. Moldovan s-au ridicat cadre de igieniști de mare valoare.

Întocmai ca și profesorul Iuliu Haţieganu, cînd considera că un cadru medical este apt de a conduce un serviciu într-un oraș, neavînd șanse de a mai urca ierarhia universitară, îi oferea un post de medic șef de laborator de igienă, într-unul din orașele în care, cu sprijinul său, se crease postul respectiv.

Profesorul I. Moldovan a rămas în amintirea colaboratorilor săi ca un om sever, dar drept, punctual, cu purtare elegantă și om de cuvînt. Poseda o vastă cultură generală și medicală, de nivel european. Era și un mare iubitor al naturii, fiind, îndeosebi, „mare pescar". Adesea era văzut la pescuit în tovărășia prof. Al. Pop, dr. I. Stoichiția sau prof. Titus Turcu. Iubea copiii, în general, și copiii muntenilor, în special (poate și pentru faptul că n-a avut copii).

Profesorul I. Moldovan are importante lucrări și în domeniul biopoliticii, o concepție proprie asupra statului etnic și igiena neamului, precum și o serie de preocupări în domeniul eugeniei, care au fost viu discutate.

În domeniul activității sale culturale menționăm că a frecventat Societatea „România Jună" de la Viena, împreună cu dr. Lazăr Popovici și dr. Marius Sturza.

În 1932 a fost ales președinte al „Astrei". Prin această asociație I. Moldovan și-a aplicat în practică ideile sale privitoare, mai ales, la educația sanitară.

Pentru meritele sale deosebite a fost ales membru corespondent al Academiei Române.

În 1947, la 65 ani, a fost pensionat, dar a continuat să lucreze și după ce n-a mai avut obligații oficiale de serviciu.

Profesorul I. Moldovan avea o vorbă molcomă ardelenească, prelungind vocala „e", ce devenea un fel de „i". Obișnuia să zică „domnuliee coleg"...

În dimineața geroasă a zilei de 19 ianuarie 1966, prof. Iuliu Moldovan a trecut în veșnicie. El odihnește în Cimitirul central din Municipiul Cluj-Napoca, lîngă marii lui prieteni de viață și de luptă pentru sănătatea poporului român. Trecînd pe lîngă locul odihnei și al liniștii eterne a marilor noștri înaintași, îți vin în minte gîndurile unui alt corifeu clujean, Vasile Bogrea (1882-1926):

Mormintele de oameni mari
Sînt vetre de lumină;
Acolo, ca să fie tari,
Urmașii li se închină!

AUREL STOIAN
(1886-1979)

În ziua de 24 aprilie 1986 se împlinesc 100 de ani de la nașterea unuia dintre cei mai valoroși medici din ținutul Bran. Este vorba de inimosul dr. Aurel Stoian, medic cu har, om cu o frumoasă cultură, patriot înflăcărat, participant activ la Marea și veșnica noastră Unire declarată la 1 Decembrie 1918 la Alba Iulia.

VIAȚA ȘI ACTIVITATEA

S-a născut la Bran, „poartă deschisă între Transilvania și Țara Românească — cum spunea Maria Banuș — strungă de transhumanța românească, loc de întîlnire a românilor de pretutindeni. Aici se vorbește o limbă neteda, șlefuită, curată ca o piatră dintr-un rîu de munte, o limbă leagăn a celei literare omogenizate". Tatăl său a fost președintele districtului Astra din satele brănene, iar în tinerețe,

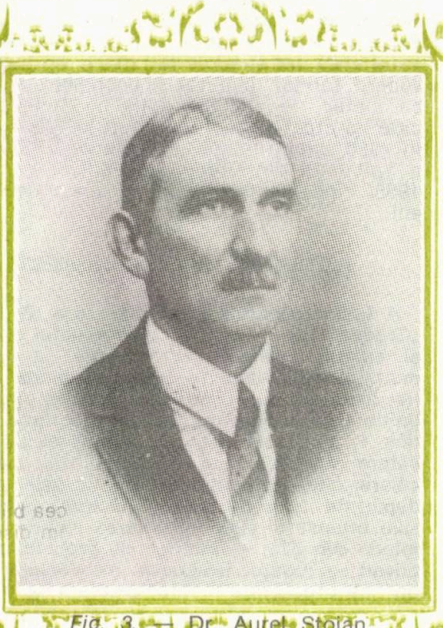


Fig. 3. — Dr. Aurel Stoian (colecția autorului)

primar al comunei Bran. Dragostea de patrie și popor și-a însușit-o Aurel Stoian de la tatăl său care, la intrarea trupelor române în Transilvania, în august-septembrie 1916, împreună cu una din surorile sale, le-a întîmpinat cu pîine și sare, fapt pentru care, la reîntoarcerea armatelor austro-ungare, a fost arestat și întemnițat la Vacz. După mamă, Elisabeta, născută Langa, fiică de grănicier, se trăgea din comuna Orlat de lîngă Sibiu. Un unchi al mamei sale, maiorul Gheorghe Banciu, a scris o carte patriotică despre grăniceri, drept pentru care stăpînirea habsburgică l-a scos din cadrele armatei și l-a întemnițat timp de 6 luni.

Școala primară a urmat-o în satul natal, liceul la Brașov, iar Facultatea de Medicină la Budapesta, unde a obținut în anul 1912 diploma de medic și chirurg, fiind, după cum spunea el însuși, „al 47-lea medic român din imperiu".

La începutul carierei a fost medic pe pusta Ungariei. După izbucnirea războiului mondial din 1914-1918 a fost mobilizat ca medic în Bosnia-Herțegovina și a fost trimis pe frontul italian de unde, apoi, a fost transferat, ca aproape toți medicii și farmaciștii români, pe frontul din Polonia, în Galiția, luptînd în prima linie. Îmbolnăvindu-se, este trimis la Viena pentru refacere, apoi este mutat în zona interioară ca medic de spital la Blaj-Brașov. Aici a fost comandant al unui spital militar, avîndu-l în subordine pe viitorul prof. Iuliu Hațieganu.

În peregrinările ce le-a făcut în timpul războiului s-a întîlnit cu mulți medici, farmaciști și alți intelectuali români, pe care i-a sprijinit, cum a putut, și cu care a întreținut relații de prietenie. Sfîrșitul războiului l-a prins la Brașov, fiind în apropierea Branului, unde își avea părinții și unde a fost președintele Gărzilor Naționale Române. A cerut să fie medic de circumscripție în satele brănene, deși i s-au oferit posturi mult mai avantajoase, ca, de exemplu, medic-șef al județului Trei Scaune, Brașov sau Făgăraș. A preferat să rămînă în Bran, pe care îl iubea atît de mult, pe care toată viața s-a străduit să-l ridice din punct de vedere sanitar, cultural și economic. A lucrat ca medic de circumscripție cu spital — pe care l-a creat cu multe eforturi în 1922 — pînă în 1950, cînd a trecut la Secția de boli cronice a Spitalului din Bran, unde a lucrat pînă în 1968, cînd s-a pensionat, la vîrsta de 82 de ani.

ACTIVITĂȚI SOCIAL-OBȘTEȘTI

A fost președinte al „Astrei" și al Societății „Crucea Roșie", precum și deputatul eparhial al satelor brănene. Prin „Astra" a realizat multe pentru ridicarea nivelului sanitar și de trai al poporului, organizînd diferite acțiuni și ținînd conferințe urmate de programe artistice. A participat intens la activitatea de combatere a sifilisului și a tuberculozei, mergînd călare, cîte două-trei zile, pînă în cele mai îndepărtate sate de munte. Datorită activității sale intense și sub îndrumarea Institutului de Igienă din Cluj — condus de prof. Iuliu Moldovan — județul Brașov a fost declarat „model" ca organizare medico-sanitară. A fost pasionat vînător și pescar amator, înființînd Societatea pescarilor și vînătorilor în satele brănene, pentru a ocroti fauna și flora muntoasă a Branului.

O mîndrie legitimă, pe care dr. Aurel Stoian a afișat-o toată îndelungata sa viață, a fost participarea ca *delegat la Marea Unire din 1 Decembrie 1918* și funcția sa de *președinte al Consiliului Național Român din Bran.*

La Marea Adunare de la Alba Iulia plecau din Brașov 52 de deputați, aparținînd tuturor categoriilor sociale, în frunte cu doctor Vasile Saftu, care a fost ales în Comisia de analiză și referire asupra proiectului de rezoluție, redactat de Vasile Goldiș. Între delegați se afla și cel al Branului, dr. Aurel Stoian, care a declarat următoarele: «Adunarea populară din Zărnești mă desemna ca delegat al plasei Bran, județul Făgăraș, la Marea Adunare Națională din Alba Iulia, alături de Munteanul Ioan, Bodoc Nicolae, Flucuș Iacob, Enescu Ioan, frații Popovici și Moja Ioan, ce făceau parte din delegația comunelor brănene, urmînd să plecăm spre Alba Iulia, în ziua de 30 noiembrie. Dezorganizarea circulației feroviare, ca urmare a războiului, punea probleme deosebit de grele deplasării noastre; totuși, în preziua lui 1 decembrie s-a găsit un mecanic care să conducă trenul spre locul Marii Adunări. Plecarea din Brașov a avut loc în jurul orei 6 dimineața. Din lipsa asigurării circulației pe calea ferată drumul a durat mai bine de 10 ore, trenul făcînd popas în timpul prînzului, cînd fiecare „călător" s-a ospătat cu proviziile ce le luase de acasă. Cu această ocazie am coborît din vagon, urcînd în locomotivă; aici, mecanicul se străduia să alimenteze focul. Broboane de sudoare îi alunecau încet pe frunte. Atunci l-am ajutat la aruncarea cărbunilor, invitîndu-l să prînzească cu mine. Mirarea fu deosebit de mare cînd în persoana mecanicului îl recunoscui pe socialistul Fluieraș. Isprăvindu-și prînzul, mecanicul a pus din nou în mișcare trenul, continuîndu-ne călătoria. Într-un tîrziu s-a oprit în gara Alba Iulia. Căutîndu-ne loc de înnoptare, am găsit o moară la marginea orașului. Ne-am ospătat din nou cu mîncare anume pregătită pentru drum. Dornici să cunoaștem locul și ora Marii Adunări, am ieșit în orașul care răsuna de urale. „Deșteaptă-te române" se cînta continuu pe străzi. Prin forfota de mulțime am recunoscut un brănean, Cornel Cozma, unul din comandanții gărzii orașului. Aflînd unde am poposit, acesta ne-a pus la dispoziție biroul său, încăpere ce se afla în una din clădirile din cetate».

La Alba Iulia s-a întîlnit cu mulți cunoscuți, numai cu Cornel Cozma nu credea că se va întîlni. Se cunoșteau de copii, dar nu se văzuseră de multă vreme. Cozma era îmbrăcat în uniformă strălucitoare, cu epoleți de căpitan, și era printre puținii ofițeri care umblau pe străzi. Soldați nu erau deloc. Cîte un țăran întors de la război mai purta ba bocanci soldățești, ba cîte o manta soldătească. „Să trăiești, Aurică!" „Să trăiești, Cornele!"... și în noaptea aceea delegații brașoveni au dormit pe saltele în biroul căpitanului Cornel Cozma, care era adjunctul comandantului garnizoanei locale. La Alba Iulia s-a mai întîlnit cu dr. Emil Colbazi, dr. Crețu Miron, dr. Sturza Ion, dr. Nistor

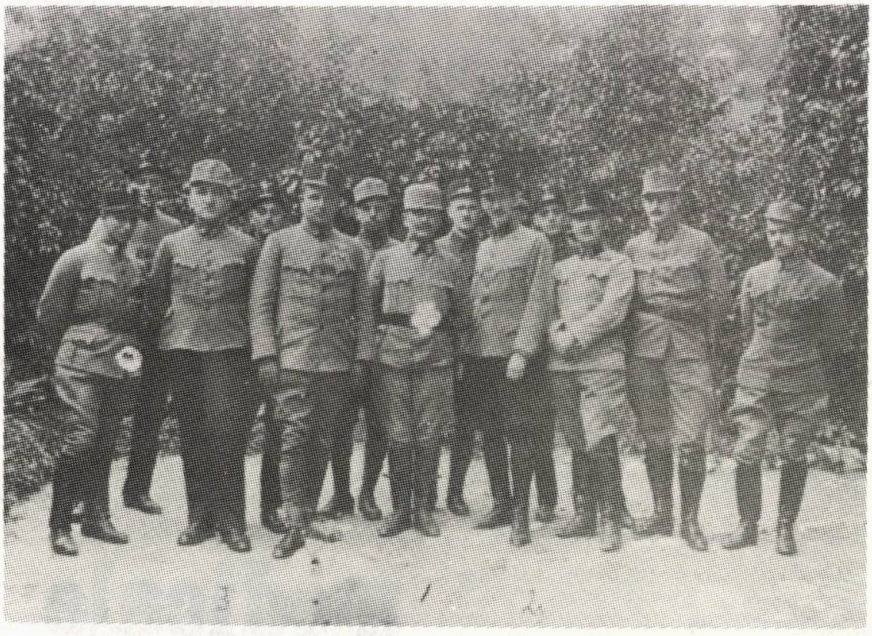


Fig. 4. — Cadre medicale ale Spitalului militar din Brașov (colecția autorului).
1 — Colonel dr. Egyed, șeful garnizoanei; 2 — Locotenent dr. Aurel Stoian, șeful Spitalului militar din Brașov; 3 — Sublocotenent dr. Iuliu Hațieganu, șeful laboratorului de la Spitalul militar din Brașov.

Pompiliu, dr. Mircea Suciu-Sibianul, precum și cu un medic german, dr. Carol Sathel, din județul Bistrița-Năsăud.

În casa fiecărui albaiulian au dormit în noaptea aceea oaspeți de seamă, primiți cu toată inima. A doua zi, Aurelian Stoian a pătruns în Sala Unirii pe fereastră, fiindcă la intrare erau nesfîrșite șiruri de oameni care ar fi dorit să intre în sală pentru a participa îndeaproape la acele momente istorice. Întreg orașul era un cor imens, pe infinite voci. *„Deșteaptă-te române"* și *„Hora Unirii"* se cîntau fără încetare; cîntecele se întîlneau în aerul de deasupra orașului, plin de sunete și de căciuli care acopereau, de bucurie, cerul. Moții s-au adunat pe deal și cîntau din tulnice. Cîntecele au devenit dansuri. După votarea Unirii, dansurile s-au întins pe toate străzile; cunoscuți sau necunoscuți se sărutau și își aruncau căciulile spre cer. Nimeni nu s-a întors de la Alba Iulia cu căciula lui. Cuvintele celor ce vorbeau erau auzite din ce în ce mai greu. Venirea voluntarilor de la Iași — între care era și medicul Ion Bordea, și bănățeanul Gheorghe Enescu — a marcat un alt moment de mare însuflețire. Declararea Unirii Transilvaniei cu România a făcut să izbucnească din toate piepturile: „Deșteaptă-te române". Mulțimea scanda frenetic: „Trăiască România!" Noaptea n-a întrerupt însuflețirea miilor de oameni care-și dăduseră frîu liber sentimentelor lor profunde.

După zilele de sărbătoare delegații brașoveni și brăneni s-au întors și ei acasă, cu trenul lor lung. Aurel Stoian n-a vrut să se întoarcă de la Alba Iulia fără ceva care să-i rămînă amintire peste ani, cînd nepoții îl vor întreba cum a fost la Alba Iulia. A cumpărat o tabacheră de lemn de la un moț și a adus cu el acasă două ghiulele arse. Dar nimic nu putea prețui mai mult decît bucuria din suflet. Anii au trecut apoi cu greutăți mai mari sau mai mici, dar nici o altă bucurie nu a egalat fericirea zilei de 1 Decembrie 1918. Adesea spunea cu mîndrie: „Și eu am fost la Alba Iulia". Dacă el a dus o viață mai liniștită ca părinții lui, venea acum vremea ca în numele părinților săi și al tuturor părinților să se facă dreptate. Copiii și nepoții medicului Aurel Stoian și-au făcut școlile acasă, nu printre străini.

Om deosebit de harnic, dr. Stoian nu a refuzat nici un fel de sarcini. Era cel mai bun medic al ținutului Bran. Pentru aceste calități foarte mulți români apelau la serviciile sale de excelent medic.

În anii premergători celui de al doilea război mondial, prin 1939-1940, căpitanul-medic Aurel Stoian a îmbrăcat din nou haina militară, cu gîndul mereu la patria sa.

Dar... au trecut evenimentele, istoria cea nouă a făcut dreptatea cea mare, care era așteptată după Unirea cea mare. Viața și-a reluat cursul său normal. Medicul s-a reîntors lîngă

ai săi, care-l iubeau și-l apreciau ca om și ca medic. Locuitorii Branului apelau în continuare la sfaturile sale în diverse probleme. Îl cunoșteau pînă și copiii din cele 12 sate brănene și-l considerau ca pe un adevărat părinte. A fost tipul medicului de familie, ce cunoștea pe bunici, pe părinți și pe nepoți (către sfîrșitul vieții și pe strănepoți). Afectuos și sensibil, se bucura cînd simțea dragostea semenilor săi. Nespus de multă plăcere i-au făcut manifestările de respect, dragoste și simpatie aduse de autoritățile locale și în special cele ale pionierilor comunei Bran, cu ocazia atribuirii medaliei jubiliare: „Aniversarea a 50 ani de la Marea Unire din 1918". S-a bucurat mult și de acordarea unei medalii atribuite de Universitatea din Budapesta, cu prilejul împlinirii a 50 de ani de la absolvirea Facultății de Medicină din capitala Ungariei.

În 26 ianuarie 1979, medicul Aurel Stoian a închis pentru totdeauna ochii săi vii, odihnindu-se lîngă moșii și strămoșii săi brăneni. A încetat din viață liniștit, la frumoasa vîrstă de 93 de ani, conștient și mulțumit de tot ce a realizat ca om, ca cetățean român, ca medic și ca tată. A văzut realizată cu ochii săi Marea Unire, visul de secole al românilor, a participat activ la ridicarea sanitară, economică și culturală a celor 12 sate din Plasa Branului, a crescut și educat pe cei patru copii, toți titrați, care au făcut cinste tatălui, între care dr. Gheorghina Mușatescu, medic radiolog de renume în Cluj-Napoca, căreia, îi aducem calde mulțumiri pentru materialul oferit, ce a stat la baza alcătuirii acestei lucrări. Bunicul Aurel a încălzit și copilăria nepoților și strănepoților săi!

Medicul Aurel Stoian va rămîne în amintirea urmașilor săi ca unul care a pus, cu multă dragoste, o cărămidă la edificiul fără de sfîrșit al patriei.

Dr. Florea Marin
Cluj-Napoca

EPIGRAME medicale

UNEI UNITĂȚI COMERCIALE ÎN DEFICIT CU CURĂȚENIA...

Igiena-i „Mama sănătății"!
Dar înlăuntrul unității,
Așa, precum bag eu de seamă,
Igiena este... mamă-mamă!!

ALTUIA, CARE BEA CU MĂSURĂ...

Ar mai bea și-acuma încă,
Dar nu-i sigur pe picioare:
Cînd te pui cu Dealu Mare,
Șanțul este... vale-adîncă!

UNUI MEDIC LEGIST...

Profesional, o deformare:
De pildă, laptele bătut,
Nu l-ai băut pîn'n-ai cerut
Certificat de... maltratare!

ȘI UNUIA CARE NU BEA CU MĂSURĂ...

Te întreci la băutură
Cu carafe și ulcioare...
Și cînd ieși în bătătura
Mîinile vor fi... picioare

UNUI BEȚIV IPOCRIT...

El se jură că nu bea!
Dar, de bună seamă, minte,
Fiindcă „trage la măsea"...
Și nu chiar la cea de... minte!

D.C. MAZILU

UMORIȘTILOR CARE ORGANIZEAZĂ ȘEZĂTORI ÎN SPITALE...

De afecțiuni, în fine,
Că aveți - nu-s bucuros.
Ceea ce îmi pare bine
E că rîdeți... sănătos!

De toate pentru toți

COCAINA — substanță anestezică folosită mai ales în oftalmologie și în O.R.L. — a fost introdusă în terapeutică plecînd de la observațiile făcute asupra populației băștinașe din Bolivia și Peru. Frunzele arborelui de cocaină *(Eritroxilon coca)* erau mestecate în gură de indigeni, în scopul îndepărtării senzației de foame sau de oboseală.

Efectul anestezic asupra mucoaselor bucală și gastrică suprima senzația de foame, iar stimularea scoarței cerebrale îndepărta senzația de oboseală și somnul.

ANESTEZICELE LOCALE (procaina, xilina etc.) suprimă senzația de durere, dar cea tactilă rămîne intactă. De aceea, bolnavul căruia i s-a efectuat o anestezie locală simte că se umblă cu diferite instrumente medicale în teritoriul respectiv, dar nu percepe durere. De multe ori însă bolnavii se plîng de durere locală, cînd în realitate este vorba de perceperea tactilă a manevrelor operatorii.

FIZOSTIGMINA sau EZERINA este o substanță care se extrage dintr-o plantă din Africa tropicală de vest — *Fizostigma venenosum.*

Ea era considerată de triburile indigene din vestul Africii drept „otrava judecății divine" sau „otrava de ordalie", deoarece permitea identificarea unei victime vinovate. Ingerarea de boabe uscate sau de infuzie de boabe uscate era urmată imediat de vărsătură, care realiza eliminarea substanței toxice din stomac și recuperarea persoanei respective.

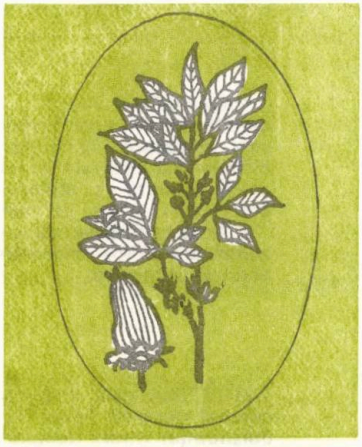
Dacă însă infuzia se ingera în reprize, puțin cîte puțin, sau dacă boabele se fărîmițau în gură — așa cum făceau, de regulă cei vinovați — acțiunea iritantă asupra stomacului nu era așa de puternică încît să producă vărsătura, ci se absorbea întreaga cantitate, care producea intoxicație gravă sau chiar mortală.

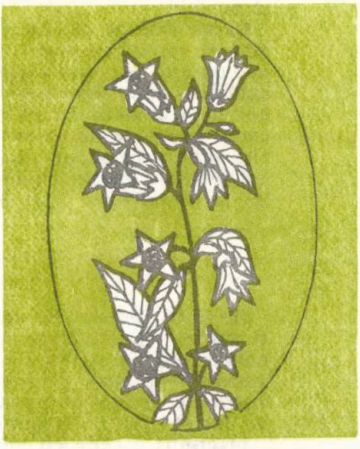
ATROPINA — substanță care se folosește în tratamentul unor afecțiuni digestive — se extrage din planta *Atropa belladona* (mătrăguna). Denumirea plantei amintește de *Atropos* — cea mai bătrînă dintre cele trei ursitoare care taie firul vieții —, dar și de doamnele frumoase din Evul Mediu, care picurau în ochi fiertură de mătrăgună. După o oră, se producea dilatarea pupilelor, care dura cîteva zile și care conferea aspect frumos persoanei, dar cu riscul tulburării acomodării la lumină (vederea era perturbată în tot acest timp, putîndu-se produce chiar accidente prin aprecierea incorectă a distanței, înălțimii, adîncimii etc.).

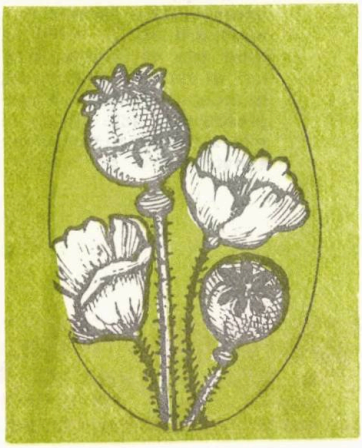
În Evul Mediu, atropina constituia otrava cu care se produceau cele mai multe dintre asasinate.

HIPOSERPILUL — medicament mult utilizat în tratamentul hipertensiunii arteriale — este principiul activ dintr-un arbust *(Rauwolfia serpentina)* originar din India și din țările învecinate.

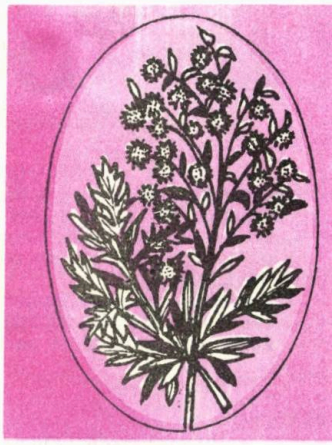
Virtuțile terapeutice ale acestei plante erau cunoscute vechilor indieni, care foloseau pulberea sau fiertura de rădăcină pentru calmarea bolnavilor cu agitație psihică. Medicina modernă a iden-







tificat principiul activ al plantei ca fiind *rezerpina* (Hiposerpil), care acționează în două direcții: scade tensiunea anormal crescută (la doze mici, de ordinul fracțiunilor de miligram) și calmează stările de hiperexcitabilitate psihică (la doze de 100 de ori mai mari). În practica medicală se folosește numai în scop antihipertensiv, în psihiatrie fiind descoperite calmante psihice mult mai active și mai eficiente decît rezerpina.

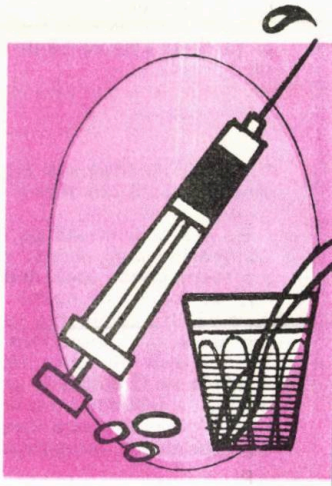


PICĂTURILE AMARE, denumite și „picături de poftă de mîncare", sînt extracte alcoolice din plante, al căror efect terapeutic este stimularea apetitului. Pentru ca ele să-și exercite acțiunea, trebuie administrate înainte de masă, cu jumătate de oră; dacă acest interval se prelungește, atunci secreția gastrică scade și, consecutiv, pofta de mîncare dispare.

Este greșită practica unor bolnavi de a lua picăturile amare cu zahăr, deoarece corectarea gustului amar conduce la dispariția acțiunii digestive.

MORFINA este una dintre cele mai puternice substanțe care combat durerea; folosirea ei este grevată însă de riscul producerii obișnuinței (morfinomanie), care are serioase implicații medicale și sociale.

Ea se extrage din planta denumită *Papaver somniferum* (macul alb); în raport cu doza utilizată, morfina produce numai suprimarea durerii sau favorizează și instalarea somnului. Macul alb se cultivă în India, însă o plantă înrudită — macul roșu — crește și la noi, fiind întîlnită curent în culturile cerealiere (grîu, orz, ovăz, secară). Înrudirea cu macul alb conferă macului roșu efecte favorabile în durerile abdominale și induce somnul. Așa se explică de ce gospodinele folosesc ceaiul de mac în scop antialgic și ca somnifer la persoanele care au insomnie.



REȚETA (prescripția medicală) se compune din mai multe părți, și anume: *superscripția* (datele privind identitatea și diagnosticul bolnavului), *inscripția* (medicamentul și forma sa de prezentare: tablete, fiole etc.), *subscripția* (modul de preparare în farmacie) și *instrucția* (indicațiile privitoare la modul de administrare: numărul de tablete pe zi, înainte sau după mese etc.).

Inscripția începe cu inițialele *Rp*, care reprezintă o formulă de adresabilitate farmacistului: *Recipe* (primește rețeta în vederea efectuării ei). În vechime, semnificația acestei prescurtări era cu totul alta, și anume: medicul, pentru a obține „ajutorul divinităților" în vindecarea bolnavului, folosea unele semne magice înscrise la începutul rețetei în scopul de a „invoca zeii". De aceea, această prescurtare este cunoscută și sub denumirea de „invocație" („primește zeitate rugămintea mea și fă ca aceste medicamente să-l însănătoșească pe bolnav").

Conf. dr. **EMIL A. POPESCU**

Bolnavul psihic și familia

UN BINOM TERAPEUTIC

Odată cu schimbarea survenită în mentalitatea colectivității despre bolnavul psihic, schimbare survenită în ultima jumătate de secol, pe de o parte datorită enormelor progrese ale mijloacelor terapeutice, iar pe de altă parte creșterii incidenței bolilor psihice, a început să se definească tot mai clar rolul major de factor terapeutic pe care îl are familia.

Relația de maximă complexitate socio- și psiho-afectivă pe care fiecare membru al familiei o stabilește cu ceilalți membri reprezintă un model interrelațional imposibil de reprodus, atît în profunzimea acestor legături, cît și în amplitudinea și coloratura lor emoțională.

Nivelul de intervenție al familiei în cadrul procesului terapeutic este — așa cum numeroase studii o arată — decisivă, ea putînd avea loc în oricare din fazele bolii, îmbrăcînd, bineînțeles, forme specifice.

Astfel, familia este aceea care poate sesiza precoce schimbările survenite în comportamentul și atitudinile bolnavului — imperceptibile pentru un observator extern — și, prin aceasta, să grăbească intervenția medicului.

Este un adevăr care nu mai trebuie repetat, că și în psihiatrie, ca în oricare altă ramură a medicinii, intervenția terapeutică precoce are maximum de șanse de reușită.

Tot familia este aceea care poate oferi date concrete care să ajute medicul atît în stabilirea diagnosticului, cît și a gravității tulburărilor psihice pe care le prezintă bolnavul.

Totuși, trebuie subliniat faptul că familia nu trebuie în nici o circumstanță să se erijeze în postura diagnosticianului sau în cea a terapeutului. Medicul este singurul care stabilește dacă anumite tulburări intră sau nu în sfera patologicului. Tot el este acela care stabilește programul terapeutic și dacă acesta trebuie sau nu instituit.

Ni s-a întîmplat, nu o dată, ca la cabinetul de consultații să fie aduși adolescenți, consideranți de familie „bolnavi", care nu prezentau decît trăirile și atitudinile specifice vîrstei lor, așa-numitei *crize adolescentine*, care, din păcate, era uneori generată sau amplificată de criza prin care trecea întregul grup familial.

Același lucru este valabil și pentru un alt grup de vîrstă, cel al bătrînilor, aduși uneori la consultație, pentru că... nu mai corespund exigențelor actuale ale familiei.

Cererea cu insistență de tratamente pentru astfel de situații, ca și „recomandările" făcute medicului pentru terapii „mai tari" sau „mai slabe", cu efect „mai rapid", nu duc, în nici un caz, la o bună soluționare a cazului.

Odată stabilit diagnosticul de boală psihică, cît și atitudinea terapeutică, familia joacă un rol important, pe de o parte în depășirea unor bariere psihologice inerente, provocate de situația de „a fi bolnav", cît și de efectele nedorite, care se adaugă anumitor terapii, iar pe de altă parte, în respectarea cu fermitate a programului terapeutic, care nu se referă numai la administrarea unor tratamente, ci și la anumite măsuri de psihoigienă.

Familia va fi și barometrul cel mai sensibil la progresele înregistrate — în drumul spre vindecare — de către bolnav. O atitudine încurajatoare, care să-l susțină pe cel aflat în suferință, insuflîndu-i speranța în certitudinea vindecării, păstrîndu-i rolurile socio-familiale nealterate, fără a-i crea nici măcar temporar senzația de handicap, va modifica semnificativ evoluția bolii.

Ieșirea din boală rămîne însă etapa în care familia joacă un rol decisiv. Reinserția socio-profesională la nivelul posibilităților actu-

ale ale bolnavului, care pot fi uneori mai scăzute decît cele anterioare bolii, se va face fără distorsiuni, într-un sens sau altul, din partea familiei. Astfel hiperprotecția nejustificată, abandonarea unor sarcini și obligații care ofereau valorizare subiectului pot fi la fel de dăunătoare ca și nejustificata dorință de remarcabile performanțe, care, după anumite boli, nu mai sînt accesibile.

Atmosfera caldă și senină care nu trebuie să culpabilizeze bolnavul pentru boala sa este cea care va permite reintegrarea optimă.

Argumentele de mai sus vin să confirme faptul că, în procesul terapeutic, relația medic-familie reprezintă o cheie de boltă, care asigura trainicia rezultatelor, fiind „un medicament" de neînlocuit.

Dr. Cătălina Tudose
MEDIC PSIHIATRU
Institutul de expertiză și recuperare a capacității de muncă, București

Dr. Florin Tudose
MEDIC PSIHIATRU
Centrul de sănătate mintală Titan, București

SĂ NE CUNOAȘTEM ORGANISMUL

știind că...

I. MURGAN

— numarul celulelor din organismul omului este incalculabil. De exemplu, se apreciază că scoarța cerebrală, cu o suprafață de cca 2 000 cm^2 și o grosime de 2,5 mm conține 14 miliarde de celule nervoase, iar în cei 5 l de sînge din organismul uman se găsesc aproximativ 30 000 de miliarde de globule roșii și 50 de miliarde de globule albe;

— în fiecare secundă mor și se nasc în corpul omenesc cca 7 milioane de globule roșii;

— creierul omului cîntărește 360 g la naștere, 900 g la vîrsta de 1 an, 1 100 g la 3 ani, iar la 7 ani ajunge la 1 370 g;

— pulsul la nou-născut prezintă 140—180 bătăi/minut, la 7 ani 85—90 bătăi/minut, iar la 50 de ani 70 bătăi/minut;

— fiecare rinichi, la om, este format dintr-un milion de unități anatomo-funcționale numite *nefroni*, care realizează fiecare, în miniatură, funcția globală renală;

— sistemul endocrin la om este format din următoarele glande: *hipofiza* (anterioară și posterioară), *epifiza, tiroida, paratiroidele, timusul, pancreasul, suprarenalele* (corticosuprarenala și medulosuprarenala) și *glandele sexuale* sau *gonadele* (testicului și ovarul);

— primul organ prin care trece aerul inspirat este nasul. Cavitățile nasului, căptușite cu o membrană mucoasă, bogată în vase de sînge, joacă rolul unui radiator. În drumul de la nări pînă la amigdale aerul poate să se încălzească cu 30°;

— greutatea de la naștere se dublează la vîrsta de 4—5 luni. La 14—15 luni greutatea copilului se triplează. Creșterea în înălțime se face cu 3 cm lunar pînă la vîrsta de 8 luni, după care se produce într-un ritm mai lent, de 1 cm lunar;

— circa 60—70% din greutatea corpului omenesc este reprezentată numai de apă. Lipsa de apă este mai repede resimțită în organism decît lipsa de hrană. La lipsa completă de alimente omul rezistă pînă la 30 de zile (sau chiar mai mult), dar lipsa de apă îl omoară în cîteva zile;

— aparatul circulator la om se compune dintr-o pompă — *inima* — care propulsează ritmic lichidul hrănitor — *sîngele* — prin canalele de irigație ale corpului — *vasele sanguine*. Sîngele circulă de la inima spre periferie prin *artere* și se reîntoarce prin *vene*.

ÎNSOMNIA

se poate trata fără medicamente

Somnul, spuneau vechii greci, este cel mai fericit moment al omului, el fiindu-i unica ocazie de a vorbi cu zeii.

Şi pentru omul secolului XX, somnul este tot un moment fericit, dar, din cu totul alte motive. El permite întregului organism, în special sistemului nervos, să se refacă, contribuind, totodată, şi la eliminarea substanţelor toxice sau nefolositoare. Tot omul secolului XX, mai precis al penultimului deceniu, a descoperit că organismul său fabrică o substanţă, formată din 9 aminoacizi, care provoacă somnul. Obţinerea acestui somnifer natural în laborator ar fi cea mai mare binefacere pentru „torturaţii nopţii", cum îi numea Baudelaire pe bolnavii de insomnie.

Poate fi calculat numărul orelor de somn necesar unui adult sănătos? În general se consideră ca fiind necesare 6—8 ore de somn, din 24, copiii şi vîrstnicii avînd nevoie de un număr mai mare. Sînt totuşi şi persoane care dorm mai puţin, dar se scoală complet refăcute şi odihnite. Un exemplu de acest fel a fost Napoleon, despre care se spune că putea să se trezească, la comandă, la orice oră, cu cea mai mare precizie. Alţii, dimpotrivă, dorm în mod obişnuit mai mult. Şi în acest caz istoria ne oferă un exemplu, pe marele Einstein. Pentru aceste motive, insomnia poate fi definită astfel: *dificultatea de a dormi suficient.* Absenţa totală a somnului este cu totul excepţională, expresia mult întîlnită „N-am închis un ochi toată noaptea" fiind mai mult o figură de stil, decît un adevăr.

Bolnavul de insomnie se plînge că doarme foarte puţin sau, dimpotrivă, suficient, dar somnul său, ori este superficial, cu treziri foarte dese, sau cu vise şi coşmaruri. Oricare ar fi forma insomniei, bolnavul se trezeşte obosit, indispus, cu dureri de cap şi usturimi la ochi, randamentul în muncă, în ziua respectivă, fiind foarte scăzut.

Primul obiectiv al tratamentului unei insomnii este descoperirea cauzei sale şi, dacă este posibil, îndepărtarea sa. Dintre numeroasele cauze ale insomniei să amintim pe cele mai frecvente: dormitul inconfortabil (pernă, aşternut, saltea şi acoperămînt neigienice); zgomot; căldură sau frig excesiv; mese copioase seara şi consum mare de lichide; abuz de excitante (ceai, cafea, pepsi-cola); efort intelectual intens; surmenaj; traume psihice; sedentarism; hipertensiune arterială; insuficienţă cardiacă; ulcer duodenal; astm bronşic; bronşită cronică; emfizem pulmonar; boli psihice, dureri, reflux esofagian etc.

Parcurgînd această lungă listă, se înţelege de ce un bolnav de insomnie trebuie să se prezinte la medic, nu să se trateze singur, cum, din păcate, se mai obişnuieşte; aceasta, poate, şi din cauza uşurinţei cu care pot fi procurate medicamentele somnifere. Dar se ştie că insomnia nu se poate vindeca cu nici un medicament, oricît ar fi el de sofisticat. Toate medicamentele somnifere şi tranchilizante acţionează pentru scurtă vreme, dar cu preţul alterării memoriei, atenţiei şi scăderii randamentului în muncă.

Să lăsăm, deci, organismul să-şi fabrice propriile sale somnifere, ajutîndu-l, în acest sens, prin respectarea tuturor regulilor de igienă a somnului şi, la nevoie, să se apeleze, mai întîi, la remedii naturale, cele mai multe dintre ele verificate de aspra probă a timpului.

Prima condiţie pentru a avea un somn bun este o cameră de dormit bine aerisită, fără zgomot, suficient de încălzită, cu pereţii vopsiţi în albastru, verde sau galben deschis şi cu perdelele şi mocheta de aceleaşi culori. Patul să fie cît mai departe de zid, dar şi de obiectele metalice mari (frigider, maşină de spălat) sau televizor. Salteaua să fie nici prea tare, nici prea moale, evitîndu-se somierele cu arcuri, considerate mici magneţi, ce pot modifica cîmpul magnetic terestru. Dacă aveţi posibilitate mutaţi patul, în aşa fel ca să puteţi

dormi cu capul spre polul nord, pol cu proprietăți sedative. Dormitul cu capul spre nord făcea parte din ritualul vechilor japonezi, în credința că în această poziție somnul nu este tulburat de spiritele rele, vinovate de producerea insomniei. Centrul pentru studiul somnului, cu sediul la Berkeley (S.U.A.), recomandă dormitul cu capul spre nord, întrucît, în această poziție, somnul este mult mai profund și mai odihnitor, tensiunea arterială scade și circulația sîngelui este încetinită.

Poziția corpului în timpul somnului variază de la om la om, fiecare adoptînd pe cea mai comodă, folosită încă din copilărie. Totuși este bine de amintit că poziția cu fața în jos este cea mai inconfortabilă și neodihnitoare, în timp ce dormitul pe o parte, „în cocoș de pușcă" (poziția fătului în timpul lungilor sale nopți uterine), este cea mai indicată. Dar, oricare ar fi poziția corpului în timpul somnului, nu trebuie uitat faptul că o pernă incomodă, mai mică sau mai mare de șapte centimetri grosime, este una din cauzele insomniei.

Vechiul proverb „Cum îți așterni așa vei dormi", rodul înțelepciunii populare, s-a născut din experiența de zi cu zi a omului de-a lungul veacurilor. Care dintre noi nu a fost trezit din somn, cel puțin o dată, de cutele cearșafului sau oricărui alt așternut folosit? Dacă așternutul de pe pat nu va fi curat, moale și călduros în timpul iernii și va avea cute, cu siguranță că veți adormi greu. Apropo de așternut! Romanii obișnuiau să preseze sub așternut cîteva bucăți fărîmițate de levănțică, pentru a dormi cît mai bine.

Acoperămîntul folosit în timpul nopții va fi în funcție de anotimp, avîndu-se grijă ca iarna să nu fie prea greoi, ceea ce împiedică un somn bun.

În timpul somnului se va purta o îmbrăcăminte cît mai ușoară sau chiar deloc, așa după cum obișnuiesc eschimoșii, în ciuda gerului polar. Pînă la incomodele pijamale de azi, s-au purtat cămășile de noapte, obicei la mare vogă în secolul al XIX-lea. Dar, indiferent ce purtați — pijama sau cămașă de noapte — nu uitați să le confecționați dintr-un material moale, care să permită evaporarea transpirației.

Seara, înainte de culcare, tot omul trebuie să mănînce cîte ceva. Da, am zis bine, cîte ceva, deoarece o masă copioasă, compusă din ouă, carne grasă, brînză grasă, maioneză, sosuri, fructe și legume multe, băuturi alcoolice tari etc. nu vă va lăsa să dormiți mai deloc. În consecință, seara, cu o oră-două înainte de culcare, puteți mînca, la alegere, următoarele alimente: pîine, lapte, brînză slabă, iaurt, carne slabă, miere, ceai de tei, salată, ceapă, ridichi, usturoi etc.

Oamenii de știință au constatat că unele dintre alimente au reale proprietăți somnifere. Așa, de exemplu, pîinea poate fi considerată un aliment somnifer, datorită *triptofanului*, o substanță ce ia naștere în timpul digestiei sale, substanță precursoare serotoninei care, se știe, are proprietăți somnifere. Pentru aceste motive, celor care au de susținut examene nu li se recomandă multă pîine dimineața, deoarece le va scădea randamentul intelectual.

Un alt aliment somnifer s-a dovedit a fi și laptele, care, conform afirmațiilor cercetătorului american E.L. Hartman, conține *triptofan*. Tot laptele, după alți cercetători, ar conține *endorfine*, substanțe nu numai cu proprietăți antialgice, dar și somnifere.

Salata, datorită lactucarinei, este un aliment somnifer, ea putînd fi consumată crudă sau sub formă de decoct (75 g salată pentru 1 litru de apă, fierbere 30 de minute, la un foc blînd), cîte 3 căni pe zi.

Un pahar de vin seara este și el un bun somnifer, deoarece în timpul metabolizării sale în organism ia naștere o substanță numită *tetrahidropapaverolină*, precursoare a morfinei. Așa se explică somnul profund după o petrecere de la care n-a lipsit și vinul.

După ce ați mîncat, nu este bine să mergeți la culcare, decît după o oră-două, timp în care puteți face o scurtă plimbare.

Printre condițiile unui somn bun și odihnitor este și mersul la culcare cît mai devreme și la ore precise, știut fiind că somnul este un fenomen ritmic și automat. Dar mersul la culcare cît mai devreme are și o explicație științifică. Somnul se instalează mai repede cînd temperatura corpului este în scădere, adică în primele ore ale serii, el fiind totodată mai lung și mai reconfortant. Iată, deci, explicația mersului la culcare al bunicilor noștri, „odată cu găinile". Cînd somnul se instalează spre miezul nopții sau după, el va fi scurt și neodihnitor, în ciuda efortului de a mai rămîne dimineața în pat și a mai dormi. Cred că fiecare cititor a trăit această experiență de cîteva ori în viață.

Iată-ne, așadar în pat, gata de culcare, înainte de orele 22. Pentru a adormi cît mai repede, stingeți lumina și „trageți obloanele" peste creier, cum făcea Napoleon, detașîndu-vă de evenimentele zilei care a trecut, dar și de cele care trebuie să urmeze a doua zi. În mod normal somnul trebuie să se instaleze în maximum 30 de minute.

Dacă nu ați reușit să adormiți, cu toate că ați respectat toate sfaturile menționate mai sus, apelați la alte mijloace. Citiți o carte cu conținut plicticos, nu polițistă; numărați în gînd, foarte rar, sau fixați-vă, cu ochii închiși, un punct imaginar, în depărtare, de care încercați să vă apropiați încet. Dacă nu ați adormit încă, folosiți antrenamentul autogen Schultz. Din poziția culcat, cu fața în sus, picioarele ușor depărtate și mîinile pe lîngă corp, cu palmele în jos, rostiți în gînd, concentrîndu-vă puternic, următoarele formule: „Mi-e somn, mi-e somn, voi dormi imediat, voi dormi, voi dormi, dorm..."

Bolnavii de insomnie mai pot folosi seara, la alegere, înainte de culcare, una din următoarele infuzii: talpa gîștii (3 linguri la o cană cu apă; se iau 3 linguri înainte de culcare), rădăcină de valeriană (o linguriță la o cană cu apă; conținutul se bea înainte de culcare), măghiran (o lingură la o cană cu apă; se beau 2 căni pe zi), tei (cît se apucă între 3 degete, la o cană cu apă), păducel (o linguriță la o cană cu apă; se beau 2 căni pe zi), ceai de la Plafar.

Tot seara, înainte de culcare, se va apela la una din următoarele proceduri: baie generală, 35° C, timp de 10 minute, în care se poate adăuga decoct de flori de tei (150 g la 3 litri de apă), de flori de măceș, fîn, tei, mentă, mac roșu (cîte un pumn din fiecare, toate puse într-un săculeț de pînză și fierte în 5 litri de apă; întreg conținutul, inclusiv cel obținut din stoarcerea săculețului, se va turna în baie) sau esență de pin (5—6 picături); băi parțiale la mîini și picioare, de 35° C, simple sau în amestec cu decocturile mai sus amintite; băi de șezut, scurte, alternative (calde și reci); cataplasme cu hrean ras, la nivelul gleznelor; comprese calde, pe ceafă și cap, 1—2 minute, nu mai mult, deoarece se riscă o congestie cerebrală (acest procedeu poate fi folosit și în timpul nopții, cînd trezit fiind, nu mai puteți adormi); masajul pulpei degetului mare de la picior sau de-a lungul coloanei vertebrale, cu macerat din frunze de trandafir, petale de mac, flori de măceș, flori de măghiran.

Dacă vă treziți în timpul nopții, faceți o scurtă baie de aer, de cîteva secunde, complet dezbrăcat, în fața ferestrei deschise, după care mîncați un măr și apoi urcați-vă în pat.

Bolnavii de insomnie mai pot folosi, la domiciliu, o altă metodă nemedicamentoasă: *muzicoterapia.* Iată și cîteva piese muzicale ce pot fi audiate, înainte de culcare, întins în pat sau așezat într-un fotoliu, în poziție cît mai aproape de orizontală: *Visare,* de Schumann; *Largo,* de Haendel; *Ave Maria,* de Schubert; *Preludiile 1* și *2,* de Bach; *Concertul nr. 21 pentru pian,* de Mozart etc.

Iată și stațiunile unde își pot petrece concediile de odihnă bolnavii de insomnie, menționînd climatul de pădure ca fiind cel mai indicat: Breaza, Sinaia, Predeal, Poiana Brașov, Cîmpulung-Muscel etc. *Nu trebuie uitat faptul că un climat marin este total contraindicat bolnavilor de insomnie, mai ales în lunile călduroase.*

Iată și cîteva mijloace naturale, la care bolnavul de insomnie poate apela prin intermediul specialiștilor. Vom menționa cea mai eficientă metodă, *acupunctura.* Aceasta constă din stimularea anumitor puncte de pe corp cu ajutorul acelor, puncte care au proprietatea de a crește secreția de endorfine, substanțe cunoscute și pentru proprietățile lor somnifere. În același timp se echilibrează și energiile perturbate, în vederea obținerii unui somn bun.

Presopunctura poate înlocui acupunctura, cu condiția ca masajul punctelor să fie corect practicat.

Foarte bune rezultate se obțin și cu ajutorul *homeopatiei,* metodă folosită cu mult succes în țara noastră.

Stimați cititori, dacă nu ați dormit prea bine, cu toate că v-ați conformat tuturor sfaturilor date, citiți încă o dată sau chiar de două ori acest articol și sigur veți adormi. Somn ușor...

Dr. SABIN IVAN
SANATORIUL BALNEAR EFORIE NORD

CHOPIN

Chopin...
Bujorii
cutează să-și dezire
petalele pe note.
Sub gene,
cearcă să se-ascundă
- albastru, trist
azurul.

Chopin...
Să fugi pe note roșii
cînd cîntă
a-nviere
bujorii în neștire
și fulguie în preajmă
toți plopii amintirii...

IRINA-ROXANA PRĂJESCU

VĂ RECOMANDĂM CÎTEVA BĂUTURI

PREPARATE DIN PLANTE MEDICINALE

Farm. dr. ENGLETINA PELEGRINO, cercetător ştiinţific

PIN

În visurile sale de hoinar singuratic, J.J. Rousseau gîndea că „Plantele par a fi fost semănate generos pe pămînt, precum stelele pe cer, pentru a trezi plăcerea şi curiozitatea omului de a studia natura".

Observaţia şi experimentul au fost primii paşi pe care omul a trebuit să-i facă pe lungul drum al cunoaşterii. Iar ca răsplată, Natura, prima farmacie a lumii, i-a oferit din belşug remediile necesare pentru a-şi menţine sănătatea şi rezistenţa organismului.

Acum, ca şi la început, plantele ne impun prin abundenţa şi misterul lor. Uitate o vreme, ele revin spectaculos în actualitate, iar viitorologia consacră un loc important medicamentului de origine vegetală.

Specialiştii apreciază că prin materiile prime vegetale se va asigura aportul unor molecule care nu se găsesc în suficientă măsură în alimentaţie şi care sînt necesare organismului uman.

Mai mult chiar, medicamentul viitorului va prezenta particularităţi asemănătoare alimentului, prin regularitatea folosirii şi absenţa efectelor nedorite. Din acest punct de vedere, medicamentul vegetal va putea asigura tratamentul de lungă durată al unor boli cronice, fără riscuri sau cu riscuri minime, deoarece compuşii săi chimici nu sînt complet străini de organismul uman.

Deşi în ultimele două decenii a crescut numărul substanţelor chimice izolate din plante, compoziţia chimică a plantelor medicinale şi modul lor specific de acţiune necesită un studiu sistematic.

Amploarea acestor cercetări se poate uşor imagina, dacă se ţine seama de faptul că, din aproximativ 3 600 de specii de plante din ţara noastră, 400 sînt considerate medicinale şi aromatice.

În abordarea temelor de cercetare, un ajutor preţios aduce tradiţia milenară a românilor, care au sesizat şi au folosit virtuţile terapeutice ale unor plante, asigurînd totodată transmiterea cunoştinţelor prin timp şi spaţiu.

Dacă realizarea unui medicament de natură vegetală necesită cooperarea de durată a unor largi colective de specialişti — farmacişti, chimişti, biologi, medici —, pentru farmacia casei se pot obţine cu uşurinţă, din plante medicinale, diferite preparate cu conţinut bogat în vitamine, enzime, elemente minerale.

Pentru prepararea de siropuri, băuturi răcoritoare, vinuri tonice, sînt indicate unele specii medicinale şi aromatice, uşor de procurat din magazinele Plafar.

De subliniat este importanţa folosirii de *vase curate, emailate.* Se va evita folosirea ustensilelor de metal, deoarece majoritatea plantelor medicinale conţin vitamina C, care se descompune uşor, în contact cu metalul. Ca material filtrant se indică folosirea tifonului, pus în cîteva straturi, sau a unei pînze mai dese.

De asemenea, se recomandă ca înainte de prelucrare plantele (organele vegetale folosite) să fie trecute sub jet de apă rece.

SIROPURI

****

SIROP DIN MUGURI DE PIN

Pinul *(Pinus sylvestris L. — Fam. Pinaceae)* este răspîndit în toată Europa şi în nordul Asiei. La noi creşte pe stînci, pe soluri pietroase, sărace, în etajul montan şi subalpin.

Este un arbore înalt (poate atinge 40 m înălțime), cu scoarța roșie-cărămizie, aspră, cu crăpături. Frunzele, grupate cîte două, sînt aciculare, rigide, de culoare verde-închisă și nu depășesc 6 cm. Conurile ovoidale sînt formate din solzi lemnoși și au o lungime de 25—27 cm.

În scopuri medicinale se recoltează mugurii de pin *(Pini turiones)* înainte de a depăși lungimea de 5 cm, deoarece conțin aproximativ 0,5% ulei volatil. Acest ulei volatil bogat în pinen manifestă puternice proprietăți antiseptice, apreciate în tratamentul afecțiunilor respiratorii (bronșite acute, traheite).

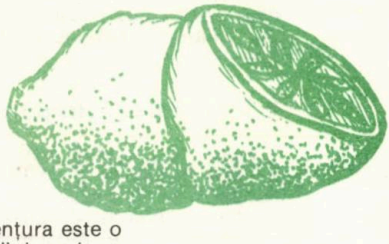
GENTIANĂ

Prepararea siropului

Se zdrobesc 100 g muguri de pin și se adaugă 100 ml alcool de 70°. Amestecul se lasă la macerat timp de 12 ore, în vas acoperit. Se adaugă 500 ml apă clocotită și se mai lasă 6 ore. Se filtrează prin cîteva straturi de tifon. Se adaugă 640 g zahăr, care se dizolvă la cald, pe baia de apă. După ce se filtrează prin tifon, se completează cu apă pînă la 1 kg.

Siropul se păstrează în sticle de capacitate mică, la rece.

Pentru copii se recomandă 3 linguriță pe zi, iar pentru adulți, 3 linguri pe zi.



SIROP DE GHINȚURĂ

Ghințura galbenă *(Gentiana lutea* L. — *Fam. Gentianaceae)* sau ențura este o specie răspîndită în toată Europa. La noi poate fi întîlnită la altitudini mari, pe solurile adînci, bogate în humus, ale pantelor însorite.

Este o plantă frumoasă, viguroasă, de pînă la 2 m. Tulpina nu este ramificata și poartă frunze mari, ovale, concrescute la bază, cu nervuri longitudinale, bine reliefate. Florile, dispuse la subsuoara frunzelor, au corola divizată în 5—9 lobi de culoare galbenă—aurie, cu pete brune.

Specia este ocrotită de lege ca monument al naturii; deoarece a devenit rară, în locul ei se recoltează rădăcinile de *Gentiana punctata,* care se deosebește de specia medicinală prin corola galbenă cu puncte purpurii.

Se folosește rădăcina *(Gentianae radix),* datorită conținutului în substanțe amare, care influențează digestia prin stimularea secreției și a motilității stomacului.

La doze ridicate pot apărea stări de vomă.

Ghințura mai conține o cantitate mică de lipide cu efect antiinflamator, cicatrizant, și pectine cu proprietăți hemostatice.

Siropul din rădăcină de ghințură se recomandă în special copiilor slăbiți, fără poftă de mîncare.

Prepararea siropului

Peste 10 g rădăcină mărunțită se adaugă 150 ml apă în clocot și se lasă 6 ore în vas acoperit. Se filtrează prin tifon, se adaugă 230 g zahăr și se fierbe pînă la consistență siropoasă.

Se administrează cîte 1 linguriță înainte de mese.

SIROP DE ȚINTAURĂ

Țintaura *(Centaurium umbellatum Gilib. — Fam. Gentianaceae),* cunoscută și sub numele de fierea-pămîntului, potroacă, este răspîndită în toată Europa, Asia Occidentală, Africa de Nord.

Se întîlnește prin fînețe și poieni mai umede, la marginea pădurilor, în tufărișuri.

Tulpina este subțire, înaltă (aprox. 40 cm), cu frunze bazale în rozetă și frunze tulpinale opuse. Florile sînt mici, roz-roșietice, roz-albe, grupate în inflorescențe la partea superioară a tulpinii.

În scopuri medicinale se folosesc părțile aeriene *(Centauri herba),* recoltate în perioada înfloririi.

Ca și ghințura, țintaura conține substanțe amare — stimulatoare ale secreției gastrice (deja active pe mucoasa bucală) și ale motilității stomacului.

În plus, această specie are proprietăți antipiretice, probabil datorită prezenței acizilor organici și derivaților fenolici, fiind întrebuințată în friguri (malarie), febră, gripă (popular i se mai spune „floarea de friguri"). Exercită, de asemenea, acțiune coleretică (creșterea secreției biliare) și acțiune tonifiantă asupra vaselor.

Prepararea siropului

Peste 10 g plantă mărunțită se adaugă 300 ml apă în clocot și se lasă 15 minute în vas acoperit. Se filtrează, se adaugă 500 g zahăr și se fierbe pînă la consistență siropoasă.

Copiilor li se recomandă cîte 1 pahăruț înaintea meselor principale.

BĂUTURI RĂCORITOARE

La prepararea băuturilor răcoritoare, alături de specia medicinală, se folosesc lămîi și drojdie de bere.

Lămîia *(Citri fructus)* se recomandă atît ca aromatizant, cît și datorită aportului în vitamine.

Conține în cantitate mare vitamina C (50 mg la 100 g) și flavonozide (vitamina P sau bioflavonoide), care, datorită efectului de diminuare a permeabilității capilarelor și de creștere a rezistenței acestora, sînt folosite în prevenirea accidentelor hemoragice de origine hipertensivă și diabetică (hemoragii retiniene). Mai multe flavone din lămîie au acțiune fungistatică. Pectina conținută în pericarpul fructului este hemostatică și are un efect favorabil asupra tractului digestiv, iar uleiul volatil este un excelent antiseptic.

Drojdia de bere *(Faex medicinalis)* se adaugă pentru grăbirea fermentației și pentru contribuția deosebită ce o aduce prin conținutul său în enzime, proteine (50%), aminoacizi, steroli (1%), glucide (20—30%), substanțe grase (1—3%) și substanțe minerale (10%). În cantitate mare se găsesc vitaminele B_1 (12—15 mg%), B_2 (2—4 mg%), alături de celelalte din grupul B, vitamina PP, iar în cantități mai mici, vitaminele A, C, D și E.

SOC

BĂUTURĂ RĂCORITOARE DIN MĂCEȘE

Măceșul *(Rosa canina L. — Fam. Rosaceae),* trandafir sălbatic sau rug, este răspîndit în toată Europa, Asia Occidentală, Africa de Nord. Se întîlnește frecvent prin păduri, pășuni și fînețe, la marginea ogoarelor.

Este un arbust cu tulpini ghimpoase, frunze compuse din 5—7 foliole dințate pe margini. Florile sînt roz, solitare.

Se folosește pseudofructul *(Cynosbati fructus),* care conține acid ascorbic (vitamina C), vitaminele B_1 și B_2, vitamina A, vitamina K, vitamina E, vitamina P (bioflavonoide), care întăresc acțiunea vitaminei C și o protejează de descompunere rapidă.

Deoarece fructele de măceș sînt printre cele mai bogate în vitamina C (250—1 400 mg/100 g), se recomandă ca în cursul prelucrării să se evite complet ustensilele de metal.

Preparare

100 g măceșe zdrobite se acoperă cu 1 l de apă și se lasă în vas acoperit, timp de 12 ore. Se adaugă apoi 100 g zahăr. După dizolvarea zahărului, se filtrează bine prin tifon, pentru îndepărtarea completă a perișorilor și semințelor. Se completează cu apă pînă la un litru.

Se păstrează la rece.

BĂUTURĂ RĂCORITOARE DIN FLORI DE SOC

Socul *(Sambucus nigra L. — Fam. Caprifoliaceae)* este răspîndit în mare parte în Europa, în vestul Asiei și în Africa de Nord. Este un arbust de 4—5 m; cu scoarța cafenie, crăpată, și măduvă albă, abundentă. Frunzele cu 5—7 foliole dințate, iar florile alb-gălbui, plăcut mirositoare, sînt reunite în inflorescențe corimbiforme.

În scopuri medicinale se folosesc florile, fructele și scoarța.

Florile *(Sambuci floss)* au proprietăți emoliente datorită mucilagiului conținut, iar prezența nitratului de potasiu în cantități mari, a flavonozidelor, a acizilor fenolici imprimă efecte diuretice și sudorifice.

Toate organele (scoarță, flori, fructe) par a fi mai mult sau mai puțin purgative. Fructele, ingerate în cantități mari, provoacă vomismente, dar în prezent, în Polonia, se folosesc pentru proprietățile lor laxative, diuretice și antispasmodice.

Preparare

În 10 l de apă se pun 10 inflorescențe, 1 kg de zahăr, 2 lămîi (după gust, și coaja) și 10—20 g drojdie de bere. Se acoperă cu celofan (nelegat) și se amestecă de cîteva ori pe zi. După 2—3 zile se filtrează prin tifon, se trage la sticle și se păstrează la rece și la întuneric.

VINURI MEDICINALE

Se recomandă adulților, pentru efectele lor tonice. Se prepară din plante medicinale care conțin substanțe amare, astfel că administrarea lor se face ca aperitive, în doze de 25—50 g, înainte de mese.

Vinurile medicinale nu se recomandă copiilor și celor cu afecțiuni hepatice, gastrite, ulcere.

VIN DE GHINȚURĂ

Se prepară din 3 linguri de rădăcină *(Gentianae radix)* mărunțită, peste care se adaugă 60 ml alcool 70°.

Se umectează bine planta și se lasă în vas acoperit, timp de 24 de ore. Se adaugă 1 l de vin negru, de bună calitate, și se lasă 10 zile, agitînd în fiecare zi.

Se filtrează prin tifon și se adaugă 100—200 g de zahăr.

Se administrează cîte o lingură înainte de mesele principale.

VIN DE ȚINTAURĂ

60 g de plantă mărunțită *(Centauri herba)* se lasă la macerat, cu 1 l de vin negru, timp de 8 zile.

Se filtrează prin tifon și se adaugă 100—200 g de zahăr, după gust.

Se bea cîte 1 păhăruț înainte de mesele principale.

La obținerea acestor preparate din plante medicinale este necesar să se respecte procedeul indicat pentru fiecare, deoarece numai astfel se asigură extracția substanțelor active, responsabile de acțiunea terapeutică urmărită.

Din rețetele date, unele se folosesc numai la nevoie, ca în cazul siropului din muguri de pin, indicat în bronșite acute. Dar prin diluarea acestui sirop cu sifon se obține o băutură plăcută, aromată, răcoritoare.

Băutura vitaminizantă din fructe de măceș se poate folosi fără restricții, necesarul zilnic în vitamină C al unui om fiind de 100 mg. Necesarul de vitamina C crește la efort, în stări febrile, în perioada de lăuzie și alăptare.

Utilizate cu discernămînt, plantele medicinale sînt de un real folos și l-au însoțit permanent pe om, de-a lungul întregii sale evoluții.

Iată un argument în plus pentru păstrarea cu grijă a bogăției vegetale, deoarece aceasta reprezintă resursele viitorului.

PORTRETE ÎN TABLETE

Analizomanul

Oricare om poate avea, la un moment dat, nevoie de serviciile laboratorului de analize medicale. Este firesc! Acest lucru se va face, însă, numai la recomandarea medicului. O analiză cerută de către un profan este de cele mai multe ori inutilă.

Sînt totuși unii care, deși nepricepuți într-ale medicinii, simt nevoia de a-și face, din proprie inițiativă, tot felul de analize, găsind, după părerea lor, în aceasta, adevărata cheie a depistării unor boli, de cele mai multe ori imaginare. Alții vor să-și facă analize din simpla curiozitate de a ști cum stau cu... analizele... Totul capătă în asemenea cazuri aspectul unei veritabile manii, putînd fi denumită „analizomanie", iar respectivii, „analizomani".

Făcîndu-și toate analizele posibile, la intervale scurte și repetate, analizomanul ajunge să-și alcătuiască adevărate dosare de rezultate pe care le va verifica continuu, comparîndu-le între ele, eventual cu ale vecinilor sau cu ale prietenilor, raportîndu-le la cifrele normale, pe care, fie că le știe pe de rost, fie că le are notate în carnetul cu numere de telefon sau adrese utile...

Fiind într-o continuă alertă privind sănătatea sa, analizomanul apare la medic la intervale regulate și tot mai dese, pentru a-i pretinde... analize. Spunem „pretinde", deoarece solicitarea lui are mai întotdeauna un caracter stăruitor, imperativ.

Fiind un ignorant în materie medicală, el va da unor analize interpretări eronate, pline de fantezie și, de ce nu, chiar de umor.

Un pacient vîrstnic, care, îngrijorat de faptul că nu mai poate alerga ca în urmă cu 20 de ani, cere medicului o analiză pentru a vedea cum stă cu „viteza", sau un altul care, sughițînd foarte des, îi cere medicului o analiză pentru a vedea dacă nu cumva „i s-a vărsat sughițul în sînge..."

Dar ce ziceți de acel analizoman care, auzind despre foliculină în sînge și, probabil, sunîndu-i bine termenul care-i scăpase pînă atunci de pe lista sa, dă fuga la medic rugîndu-l să-i prescrie niște analize în acest sens. „Bine, îi spune medicul, dar dozarea foliculinei se practică numai la femei, fiind în legătură cu ovarele... Or, dumneavoastră, ca bărbat...!?"

Iată în ce ipostaze ridicole te poate pune „priceperea" într-o profesie pentru care n-ai nici o pregătire. Ce să mai spunem de faptul că analizomanul răpește timpul medicului prin consultații și prescripții inutile, încarcă în mod absurd activitatea laboratorului de analize medicale, solicitat de investigații utile redării sănătății unor oameni într-adevăr bolnavi.

În general, se observă că mulți dintre cei care bat drumul laboratoarelor pentru a-și face analize peste analize sînt oameni care, neavînd probabil ceva mai bun de făcut, și-au găsit o asemenea ocupație.

Cel mai cuminte lucru pe care-l au de făcut analizomanii este acela de a-și analiza, înainte de toate, propria comportare, renunțînd la pasiunea lor. Este, fără îndoială, cea mai importantă „analiză" de care au nevoie...

Dr. Florin Colonaș

PROFILAXIA

cel mai eficient tratament în bolile cronice de ficat

CONF. DR. GH. BUCUR

Este incontestabil că medicina a făcut progrese mari, dintre care unele chiar spectaculare, atît în ceea ce privește cunoașterea cauzelor, a mecanismelor de producere a bolilor, dar mai ales în domeniul tratamentului, reușind să controleze cea mai mare parte a bolilor infecțioase; a îmbunătățit evoluția unor boli cardiovasculare și digestive și, într-o bună măsură, chiar a cancerului; chirurgia, perfecționîndu-se continuu, ajutată de științele fundamentale și tehnice, de aplicarea unor mijloace tehnice deosebit de ingenioase, a reușit intervenții de mare dificultate și cu mare eficiență, pe creier, inimă și vase, plămîn, rinichi etc. De asemenea, a obținut rezultate deosebite în ceea ce privește transplantul de organe.

Ca în toate domeniile de afirmare ale creației umane, ultimii 50 de ani reprezintă și pentru medicină o epocă de mare progres, intervenind, prin posibilitatea de a controla boala, cu o cotă importantă în creșterea speranței de viață a omului bolnav și, prin aceasta, în creșterea calității vieții.

Ca urmare a acestui fapt, multe din bolile care constituiau o plagă a omenirii prin epidemiile și ravagiile în masă pe care le provocau au dispărut sau au pierdut din importanță.

Este interesant poate de remarcat schimbarea, în ultimele decenii, a structurii morbidității generale pe plan mondial; prevalența unor boli (cardiovasculare, neoplazice, digestive, psihice), apariția și exacerbarea altora (viroze, nevroze condiționate de stres, boli profesionale, intoxicații cronice, boala iradiației etc.), dispariția sau raritatea unora (variola, malaria, sifilisul și tuberculoza). A crescut în mod impresionant posibilitatea poluării mediului ambiant, a apei, vegetației, aerului, a alimentelor și, prin aceasta, a crescut încărcătura toxică a mediului în care trăiește omul societății moderne. Și, ca și cum nu ar fi fost de ajuns poluarea apei cu deșeurile industriale, a vegetalelor cu compuși toxici din sol, a aerului cu emanații toxice, a acțiunii radiațiilor din atmosferă, a stresului psihosocial permanent al societății de consum, a survenit, în plus, un fenomen căruia trebuie să i se acorde toată importanța: s-a dezvoltat, în mod continuu și vertiginos, o enormă industrie de medicamente, substanțe care în intenție și, într-o bună măsură și în realitate, combat boala și ajută la redarea sănătății omului sau creează o stare biologică ce este compatibilă cu viața socială. În marea lor majoritate, însă, aceste

substanțe au și efecte nefavorabile asupra organismului, uneori toxice, asupra ficatului, sistemului nervos și altor organe. Și astfel, unei perioade scurte de optimism generat de marea eficiență a antibioticelor, a cortizonului, a unor antihipertensive etc., a urmat o justificată reconsiderare critică a administrării unor medicamente, de multe ori beneficiul obținut fiind inferior dezavantajelor efectelor secundare, uneori mai periculoase decît boala pentru care au fost administrate.

Astfel a apărut și s-a dezvoltat *conceptul de profilaxie*, aplicabil în toate bolile.

Printre marile probleme ale medicinii, bolile cronice ale ficatului, îndeosebi hepatita și ciroza, ocupă un loc deosebit, atît prin larga lor răspîndire, cît mai ales, prin dificultățile întîmpinate de medic în a controla apariția și manifestările bolii, evoluția și tratamentul, cu toate implicațiile acestui fapt pentru viitorul bolnavului, pentru speranța sa de viață.

Multă vreme aceste boli evoluează lent, fără ca vreun simptom sau semn deosebit să atragă atenția, pentru ca odată ce acestea se manifestă medicul să constate, de regulă, un stadiu avansat de hepatită cronică sau ciroză hepatică, în care tratamentul este puțin sau deloc eficace. Din această cauză în bolile cronice ale ficatului, ca și în alte boli, este mai eficientă *profilaxia*, adică lupta împotriva cauzelor determinante sau favorizante, decît tratamentul curativ, după ce boala se manifestă în plenitudinea aspectelor sale clinice sau morfologice.

Aceasta nu se poate face decît printr-o acțiune conjugată a personalului medico-sanitar și a populației, prin toate mijloacele de educație sanitară disponibile, care trebuie să aducă la cunoștință cauzele bolilor de ficat, modul în care acestea acționează, precum și modul în care omul expus la aceste cauze se poate apăra pentru a nu se îmbolnăvi. Aceasta trebuie să aibă ca urmare formarea convingerii respectării acestor prescripții și a deprinderilor igienice ale omului supus agresiunii cauzelor ce provoacă boala sau să orienteze atitudinea activă a omului în fața acestor agresiuni.

Creșterea îmbolnăvirilor prin hepatită cronică și ciroză hepatică are drept cauză, în primul rînd, înmulțirea factorilor patogeni determinanți și favorizanți și, în al doilea rînd, insuficiența măsurilor de combatere a acestor factori, adică o profilaxie slabă sau absentă.

Două mari grupe de cauze provoacă, în principal, prin acțiunea lor, bolile ficatului: infecțiile și substanțele toxice pentru ficat. Dintre infecții cele mai periculoase pentru ficat sînt virozele, și anume infecțiile cu virus *A, B, non-A, non-B*. Hepatita acută virală „epidemică" cu virus *B* dă cel mai mare procent de cronicizare, ca și cele cu virus *non-A, non-B* (posttransfuzionale), determinînd hepatita cronică și ciroza hepatică. De aici necesitatea depistării precoce și tratării corespunzătoare a hepatitelor virale acute în unități spitalicești specializate.

După părăsirea spitalului persoanele respective sînt urmărite, în continuare, prin unitățile medicale ambulatorii (dispensarizare) și trebuie să se supună, cu multă conștiinciozitate, controalelor periodice ce sînt efectuate atît din punct de vedere clinic, cît și biologic. În perioada de convalescență a hepatitei virale și ulterior trebuie evitate eforturile fizice deosebite, stresul; alimentația trebuie să fie bogată în principii alimentare, în vitamine; se va avea în vedere evitarea toxicelor, îndeosebi a alcoolului și a altor substanțe hepatotoxice, toate acestea avînd ca scop combaterea pericolului de cronicizare, de apariție a hepatitei cronice.

Dacă hepatita virală, în privința diagnosticului precoce, urmăririi și prescripțiilor în continuare, este controlată în principiu de către medic, iar măsurile profilactice sînt mai bine cunoscute (alimente bine spălate, igiena mîinilor, sterilizarea corectă a seringilor, selectarea judicioasă a donatorilor de sînge, a prescrierilor transfuziilor), în ceea ce privește cunoașterea și combaterea acțiunii substanțelor toxice pentru ficat, datele sînt — sau par — mai puțin cunoscute.

Ficatul este organul-laborator al organismului, care produce detoxifierea, așa-numita biotransformare a substanțelor ce pătrund în organism. Acestea, prin acțiunea unui sistem enzimatic din celula hepatică, sînt transformate în mod normal în produși (metaboliți) netoxici, care sînt eliminați pe cale renală. Cînd substanțele toxice acționează asupra organismului, ficatul, datorită concentrării toxicului în cantitate mare la acest nivel, este depășit ca posibilități de detoxifiere, biotransformarea substanței se face incomplet, se formează metaboliți intermediari (epoxizi, radicali liberi), care sînt toxici pentru ficat și modifică răspunsul imun la agentul agresional sau produc necroze celulare hepatice, cu distrugeri întinse, urmate de regenerare și cicatrizare sau fibrozare. Este cunoscut faptul că medicina modernă folosește sute de substanțe și combinații de substanțe medicamentoase pentru tratamente diverse, substanțe care toate trec prin ficat. Dintre acestea, pentru cel puțin 800 s-a recunoscut, pe lîngă efectele favorabile în diferite afecțiuni, o acțiune toxică asupra ficatului (hepatotoxicitate). Există substanțe care conțin fosfor, arsen, hidrocarburi clorurate, tetraclorură de carbon, clorură de vinil, care sînt foarte toxice pentru ficat și care pot acționa asupra organismului în anumite condiții de muncă ale omului, în intoxicații acute sau cronice.

Consumul de ciuperci poate fi uneori foarte periculos, dacă nu se pot deosebi ciupercile comestibile de cele toxice. Astfel, ingerarea unei ciuperci, *Amanita phalloides*, produce la cîtva timp de la consumare manifestări de intoxicație acută, cu necroze ale celulei hepatice și încărcare grasă, care pot merge pînă la insuficiență hepatică gravă și moarte.

Unele anestezice (Halotanul), unele antibiotice (Tetraciclina, Oxicilina, Ampicilina, Eritromicina), medicamente folosite ca sedative (Plegomazin, Clordelazin, Amitriptilin, Diazepam), antireumatice (Fenilbutazona, Aspirina), hipotensoare (Metildopa, Hidrazinoftalazina), citostatice (Ciclofosfamida, 5-fluorouracilul), tuberculostatice (Hidrazida izonicotinică, Rifampicina), chiar unele laxative, cum este Fe-

nisanul, au potențial hepatotoxic. Hepatotoxicitatea acestor substanțe depinde de doze, de timpul cît drogul este administrat, ca și de sensibilitatea particulară a organismului respectiv față de drog. În acest din urmă caz leziunile pot apărea la doze mici, datorită unui feomen de *hipersensibilizare*. Deci o mare parte din arsenalul medicamentelor de primă linie este utilă, dar poate deveni și nocivă, îndeosebi asupra ficatului, printr-un consum necontrolat sau, cum se întîmplă foarte des, abuziv, de multe ori fără aviz sau supraveghere medicală.

Am lăsat la urmă alcoolul, pentru că folosirea acestuia nu este dictată nici de factori de mediu, nici de necesități terapeutice. Consumul de alcool are rădăcini adînci în istorie. Este cea mai veche și cea mai răspîndită toxicomanie; cîntat și preaslăvit de poeți, proscris formal de către medici, el a fost admis, sub diferite forme, în doze mici și moderate, pentru calitățile sale „stimulante" și euforizante, și combătut pentru acțiunea sa nocivă, atunci cînd era folosit în cantități mari. Acțiunea sa asupra organismului, multă vreme controversată, este astăzi bine cunoscută. Alcoolul acționează, producînd în intoxicația acută și cronică, tulburări certe asupra stomacului (gastrite, tulburări ale secreției clorhidropeptice), pancreasului (pancreatita), inimii (leziuni degenerative), glandelor endocrine, sistemului nervos central și periferic. Dar alcoolul acționează în mod deosebit asupra ficatului, determinînd încărcarea grasă a acestuia, hepatita alcoolică, ciroza hepatică alcoolică. În privința relației dintre alcool și ficat, pe de o parte, și a posibilităților terapeutice, pe de altă parte, este stabilit că, în prima fază de încărcare grasă a ficatului, simpla încetare a consumului de alcool face ca leziunile să dispară; în hepatita alcoolică, înlăturarea consumului de alcool și aplicarea unui tratament adecvat are mari șanse de echilibrare morfofuncțională. În faza de ciroză alcoolică, suprimarea

consumului de alcool și tratamentul, oricare ar fi, pot cel mult să încetinească evoluția bolii către agravare continuă și apariția complicațiilor redutabile ale acestei boli.

Rezultă că în bolile cronice ale ficatului tratamentul cel mai eficient este cel *profilactic*.

Lupta împotriva virozelor cu tropism hepatic (hepatitele virale) prin măsurile enunțate, dispensarizarea bolnavilor, evitarea factorilor favorizanți ai cronicizării, evitarea toxicelor din mediul ambiant, combaterea poluării mediului cu substanțe hepatotoxice, ca și evitarea acțiunii acestora asupra organismului prin măsuri de protecție eficientă, cunoașterea medicamentelor hepatotoxice și folosirea acestora numai la indicația, în dozele și sub supravegherea medicului, combaterea abuzului cronic de alcool, înlăturarea acestuia în timp util, iată cîteva măsuri profilactice care, bineînțelese, însușite și aplicate, pot contribui în măsură importantă la prevenirea bolilor cronice ale ficatului.

REFLECȚII MEDICALE

- *O moașă „prudentă" măsoară de două ori și taie o dată... buricul!*
- *Se spune că prostia nu doare. De asta nici nu se poate... trata!*
- *Doctorița, cînd se căsătorește, își face rochie albă de mireasă, că-i... antiseptică!*
- *Vizitatorii pot aduce bolnavilor la spital produse din prune: gem, compot, dulceață, însă nu și din cele trecute prin... alambic!*
- *Alimentația rațională este cel mai eficace... medicament de întreținere!*
- *Ceaiul de tei este un calmant excelent, după ce v-ați enervat suficient, căutînd flori de tei la... Plafar!*
- *Într-o căsnicie, copiii sînt sarea vieții, iar nevasta... piperul.*

D.C. Mazilu

MUZICOTERAPIA

PENTRU INSOMNIE: Visare, de *Robert Schumann;* Ave Maria, de *Franz Schubert;* Preludii, de *J.S. Bach.*

PENTRU HIPERTENSIUNE ARTERIALĂ: Don Juan, de *W.A. Mozart* și Rapsodia Ungară, de *Franz Liszt.*

PENTRU MELANCOLIE: Simfonia a IX-a, de *Ludwig Van Beethoven.*

PENTRU SURMENAJUL INTELECTUAL: Fugile lui *J.S. Bach.*

PENTRU RELAXARE, procurați-vă un disc sau o casetă muzicală, care să cuprindă de la cîntecul privighetorii, la cel al greierului, de la zgomotul valurilor, la cel al vîntului etc., toate în interpretarea *Orchestrei Natură.*

Iată și lista pieselor muzicale folosite în centrele speciale de muzicoterapie.

PENTRU EFECTE CALMANTE se indică piese ritmate, de intensitate forte:
Ludwig Van Beethoven:
— Concert Imperial
— Sonata pentru violoncel și pian, în sol major.

LA DOMICILIU

Antonin Dvorak — Simfonia „Din lumea nouă".
Gabriel Fauré — Requiem op. 48.
Gustav Mahler — Simfonia nr. 3.
Claudio Monteverdi — Laudate Dominum.
Pietro Mascagni — Cavaleria Rusticană.
P.I. Ceaikovski — Lacul lebedelor.

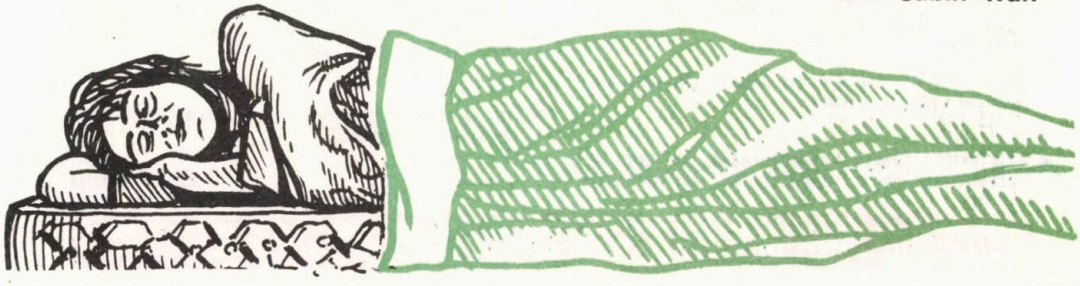
PENTRU DESTINDERE se indică piese cu mișcări ample, calme:
Claude Debussy — Sonată pentru flaut, violă și harpă.
G.F. Häendel — Opera Xerse, largo.
Niccolo Paganini — Concertul nr. 4 pentru vioară și orchestră, în re minor.
Camille Saint Saëns — Simfonia pentru orgă, nr. 3, în ut minor.
P.I. Ceaikovski — Frumoasa din pădurea adormită, prolog.

PENTRU RELAXARE se indică piese monotone, cu efecte sonore:
Franz Schubert — Serenadă.
J.S. Bach — Fantezie, în sol minor.
Franz Liszt — Vis de dragoste.

PENTRU TONIFIERE se recomandă marșuri:
Richard Wagner
— Tannhäuser (Marele marș)
— Maeștri cîntăreți (final).
Charles Gounod — Faust (actul V).
Giuseppe Verdi — Aida (marș).

PENTRU EFECTE EXALTANTE se indică:
Maurice Ravel — Daphnis și Chloé.
Tosseli — Serenada.

Dr. Sabin Ivan



O problemă medico-socială încă actuală

ESOFAGITA POSTCAUSTICĂ

Conf. dr. doc. CORNELIA PĂUNESCU

ESOFAGITA POSTCAUSTICĂ și consecința ei — stenoza esofagiană — constituie una dintre cele mai importante și încă actuale probleme medico-sociale. Datorită imposibilității unei alimentații normale și pericolului permanent al complicațiilor la care este expus purtătorul unei esofagite postcaustice, această boală — dacă nu este diagnosticată și tratată la timp — compromite dezvoltarea copilului și creează dificultăți în viața și activitatea adultului.

Vom expune, pe scurt, cauzele, mecanismul de producere, leziunile, simptomele și metodele de tratament și de profilaxie ale esofagitei postcaustice.

CAUZA DETERMINANTĂ a bolii este ingerarea unei substanțe corozive, care de cele mai multe ori (după statisticile din țara noastră, în peste 90% din cazuri) este soda caustică și numai foarte rar unii acizi sau alte substanțe.

CAUZELE FAVORIZANTE cele mai frecvente sînt:

— lipsa de grijă în ceea ce privește păstrarea substanțelor caustice, care — lăsate la îndemîna oricui și fără un semn distinctiv — pot fi înghițite din greșeală, fiind confundate cu unele băuturi comestibile, ca laptele, apa, țuica etc.;

— insuficienta supraveghere a copiilor care — din neștiință sau din curiozitate — sînt cei mai expuși să bea tot ce le cade la îndemînă, copiii între 2—5 ani formînd și lotul cel mai mare de bolnavi;

— nivelul încă scăzut de educație sanitară a unor persoane adulte care, manipulînd substanțele caustice, nu iau măsurile necesare de protejare a alimentelor, nu se spală pe mîini înainte de masă sau beau și mănîncă din recipiente în care au fost păstrate aceste substanțe.

Odată ingerată, substanța caustică — după ce a străbătut și lezat cavitatea bucofaringiană — vine în contact cu pereții esofagului, stagnînd un timp mai îndelungat la nivelul porțiunilor mai strîmte ale acestui conduct. Ajunsă în stomac, substanța caustică provoacă o iritație care determină întoarcerea ei în esofag, unde își exercită din nou acțiunea corozivă asupra mucoasei esofagiene. Contactul prelungit și repetat al substanței corozive cu esofagul duce la inflamația acestuia, dînd *esofagita postcaustică.*

LEZIUNILE produse pot fi întinse sau localizate, superficiale sau profunde, după natura substanței ingerate și — mai ales — după cantitatea, concentrația și durata acțiunii sale asupra esofagului. Aceste leziuni, care se aseamănă cu arsurile, evoluează în mai multe etape, congestia inițială transformîndu-se, succesiv, în eroziuni și ulcerații, pentru ca apoi să apară un țesut de refacere care duce spre un proces cicatriceal, soldat cu strîmtarea calibrului esofagian, cu *stenoza esofagiană.*

SIMPTOMELE esofagitei postcaustice variază în raport cu timpul care s-a scurs din momentul înghițirii substanței corozive și sînt paralele cu etapele lezionale amintite mai sus; un factor rămîne însă constant în toată evoluția bolii: *disfagia,* adică dificultatea de a înghiți.

Imediat după ingerarea substanței caustice, bolnavul simte — ca orice intoxicat — o stare de rău general, are arsuri și dureri în gît și de-a lungul esofagului (înapoia sternului) și nu poate înghiți decît cu foarte mare dificultate. După 2—3 zile, starea de rău general se calmează întrucîtva, dar arsurile și greutatea în înghițire persistă, adăugîndu-se uneori și creșterea temperaturii, cu senzație de sete și cu o salivație abundentă.

Către a 10-a zi, bolnavul începe să se simtă mai bine; febra și durerile dispar și alimentația se poate face în mod aproape normal, încît el se consideră adesea complet vindecat. Aceasta este însă o vindecare numai aparentă, deoarece în curînd disfagia reapare, accentuîndu-se progresiv, pînă cînd bolnavul, care la început nu putea înghiți decît alimentele solide, nu mai poate înghiți decît paste, apoi semilichide și, în cele din urmă, nu mai poate înghiți nici o picătură de apă.

Aceasta este perioada finală a bolii, de „stenoză esofagiană" în care bolnavul slăbește văzînd cu ochii, își pierde treptat puterile și devine incapabil de orice activitate, situație deosebit de gravă la copii, care rămîn în urmă cu dezvoltarea fizică și cu cea intelectuală, boala nepermițîndu-le să frecventeze școala în mod regulat.

Pe lîngă inconvenientele datorite dificultății sau chiar imposibilității de a se alimenta, bolnavii de stenoză esofagiană sînt expuși la *complicații numeroase și variate.*

Astfel, inflamația pereților esofagieni se poate extinde la țesuturile din jur, dînd naștere unei *periesofagite* sau unei *mediastinite* — afecțiuni care se manifestă prin temperatură ridicată, dureri intratoracice și o stare generală rea. Alteori, ulcerațiile profunde ale esofagului pot duce la perforarea și deschiderea lui în unele organe vecine, ca traheea, bronșiile sau aorta, ducînd la infectarea și obstruarea căilor respiratorii sau chiar la moarte, printr-o hemoragie fulgerătoare.

Chiar în absența complicațiilor amintite, starea de rezistență scăzută a bolnavului de esofagită — întreținută de imposibilitatea de a se alimenta în mod normal — îl expune la diverse alte boli, a căror evoluție va fi mai gravă decît la indivizii obișnuiți.

Întrucît nu întotdeauna cauza bolii este ușor de depistat — simptomele ei apărînd uneori tîrziu, după mult timp de la ingestia substanței corozive —, pentru stabilirea diagnosticului de esofagită și stenoză esofagiană postcaustică este necesar ca, în cazul oricărei disfagii prelungite și rebele la tratamentele obișnuite, să ne gîndim și la posibilitatea prezenței unei asemenea afecțiuni. Elementele principale în diagnosticarea stenozei esofagiene postcaustice sînt: *interogatoriul* amănunțit al bolnavului (în scopul de a-l face să-și amintească dacă a ingerat cîndva vreo substanță corozivă), *radioscopia* cu substanță de contrast a esofagului și examenul direct al acestui organ, prin *esofagoscopie.*

Deși TRATAMENTUL esofagitei postcaustice, dificil și îndelungat, poate fi făcut în bune condiții numai de către medicul specialist — la care bolnavul trebuie prezentat imediat ce se bănuiește existența acestei boli —, este bine să se cunoască și măsurile care trebuie luate de urgență, imediat după ingestia substanței corozive. În scopul neutralizării efectului nociv al acestei substanțe se va da bolnavului să bea apă cu oțet, dacă a ingerat sodă caustică, sau apă bicarbonatată, dacă soluția ingerată a fost un acid. În cazul în care nu se cunoaște natura substanței ingerate, se va administra apă cu albuș de ou sau cu lapte; imediat după aceea bolnavul va fi dus la medicul specialist sau — în lipsa acestuia — la orice serviciu de urgență. Numai astfel se va putea rezolva starea acută a bolii și preveni instalarea unei stenoze esofagiene.

Ţinîndu-se seama de îndelungile suferinţe ale bolnavilor, de dificultăţile şi durata tratamentului şi de posibilitatea producerii unor complicaţii grave, în toate perioadele evolutive ale bolii, problema cea mai importantă în combaterea esofagitei şi stenozei esofagiene postcaustice este profilaxia lor. În acest scop, se recomandă următoarele măsuri:

1. Reglementarea circuitului substanţelor toxice şi caustice şi instruirea specială a persoanelor care manipulează aceste substanţe.

2. Centralizarea preparării casnice a săpunului la nivelul Gospodăriilor colective şi de stat, evitîndu-se astfel accidentele produse prin prezenţa la îndemîna copiilor a sodei caustice.

3. Intensificarea educaţiei sanitare a populaţiei în privinţa pericolului pe care îl prezintă neatenţia şi neglijenţa în păstrarea substanţelor toxice ce ar putea fi ingerate din greşeală.

Respectînd măsurile de mai sus, se va putea evita esofagita postcaustică, boală cu consecinţe atît de grave pentru sănătatea şi viitorul purtătorilor, care cel mai adesea sînt copiii.

APENDICITA acută

Prof. dr. doc. **Pavel Simici**

Leziunile inflamatorii ale apendicitei reprezintă şi azi una dintre cele mai frecvente cauze de suferinţă abdominală, statisticile arătînd că *apendicita acută* ocupă primul loc între urgenţele abdominale, afectînd unul din 500—600 de indivizi.

Procesul inflamator apendicular poate surveni la orice vîrstă, dar este predominant între 10—40 de ani, perioadă în care îşi găsesc locul cele mai multe elemente care favorizează sau determină, într-un fel sau altul, declanşarea suferinţei. Apariţia, ca şi evoluţia procesului inflamator apendicular se găsesc sub influenţa unor factori favorizanţi, ca şi a unora determinanţi, întrucît, chiar dacă există un acord unanim privind etiologia infecţioasă, nu este mai puţin adevărat că grefarea infecţiei pe organul respectiv este favorizată şi de unele condiţii premergătoare de ordin anatomic, mecanic sau traumatic. Din acest punct de vedere, cel mai limpede apare faptul că întreruperea liberei circulaţii între lumenul apendicelui şi cel al cecului conduce către stază în interiorul organului, cu formare de coprolit (formaţiune care ia naştere în intestinul gros, prin aglomerarea şi uscarea fecalelor) sau de adevărat calcul apendicular, care reprezintă începutul unui cerc vicios în care blocajul determină edemul şi lezarea mucoasei. Aceasta, la rîndul ei, accentuează blocajul, producîndu-se, inevitabil, tulburări în circulaţia sanguină endoparietală, ceea ce are ca urmare formarea de leziuni ale mucoasei, dar care, progresiv sau într-o succesiune rapidă, poate afecta şi celelalte straturi constitutive ale apendicelui, inclusiv seroasa, determinînd, ca atare, perforaţia în peritoneul liber.

Elementul patogenic determinant al procesului inflamator apendicular este, fără îndoială, cel infecţios. Acesta afectează apendicele fie pe cale mucoasă, aşa cum a reieşit mai înainte, fie pe cale sanguină. Este datorat, de obicei, unei asociaţii de germeni aerobi, în predominanţă colibacilul, în asociaţie cu germeni anaerobi. Aceştia din urmă sînt prezenţi în special în forma gangrenoasă a apendicitei acute. Fenomene acute apendiculare se pot produce şi în cursul bolilor infecţioase, în special la copii, constituind aşa-zisa „apendicită de tip hematogen", grefarea microbiană fiind favorizată la nivelul apendicular atît de stază, cît şi de bogăţia reţelei limfatice, reţea care, prin complexitatea ei, face ca apendicele să fie denumit şi „amigdalită abdominală".

Procesul inflamator se poate prezenta sub multiple aspecte, care sînt pendinte atît de regiunea strict apendiculară, cît şi de regiunile vecine, trecînd de la forma simplă catarală, la formele *flegmonoasă, perforată* şi *gangrenoasă*. Această variabilitate lezională generează o simptomatologie dintre cele mai polimorfe, din acest punct de vedere existînd o deosebire netă între fenomenele determinate de un proces inflamator localizat strict endoapendicular şi cele determinate de un proces care interesează — şi în ce grad — seroasa peritoneală.

Variabilitatea factorilor etiopatogenici şi a leziunilor anatomopatologice permite izolarea mai multor forme clinice, fiecare dintre acestea însoţindu-se de semne şi simptome mai

mult sau mai puțin particulare; în ansamblu, însă, majoritatea acestora, indiferent dacă sînt subiective sau obiective, sînt prezente, în diferite grade de intensitate, în orice formă a apendicitei acute.

DUREREA spontană sau provocată este întotdeauna prezentă. Colica sau criza apendiculară survine de obicei în plină sănătate aparentă sau pe fondul unui disconfort digestiv, care poate data de cîteva zile. Este localizată în fosa iliacă dreaptă și are un caracter net difuzant, putînd cuprinde întreg abdomenul, sau să fie mai intensă în alte regiuni ale acestuia, în funcție de poziția apendicelui și în special a zonei bolnave a acestuia.

În timpul crizei, bolnavul se culcă adesea pe partea dreaptă, cu coapsa respectivă flectată pe bazin, aceasta reprezentînd o poziție antalgică.

Se consideră că durerea și localizarea ei sînt datorate iritării terminațiilor nervoase care se află cantonate în grosimea mezoapendicelui și a seroasei peritoneale. Ea poate fi provocată prin palparea mai profundă a zonei de proiecție parietală a acestora, motiv pentru care au fost descrise o serie de „puncte dureroase", care caută să corespundă cît mai exact acestei zone. În realitate, identificarea strictă a acestor puncte este greu de făcut, dată fiind variabilitatea poziției cecului și apendicelui.

Interpretarea valorică a durerii trebuie făcută numai în cadrul fenomenelor de ansamblu prezentate de bolnav, întrucît aceasta poate fi constatată și la persoane indemne de orice suferință abdominală acută, după cum ea poate fi datorată și altor procese inflamatorii abdominale.

Elementul clinic durere — spontană sau provocată —, în condițiile descrise mai înainte, are în mod indiscutabil o valoare majoră. Pentru acest fapt se recomandă ca atitudinea medicului care consultă primul bolnavul să fie ghidată de aceasta și nu de alte date clinice, care pot fi mult mai înșelătoare.

Criza apendiculară se însoțește de fenomene digestive — greață, vărsături, tulburări de tranzit etc. — fenomene care sînt acompaniate, în genere, de ascensiune termică și hiperleucocitoză.

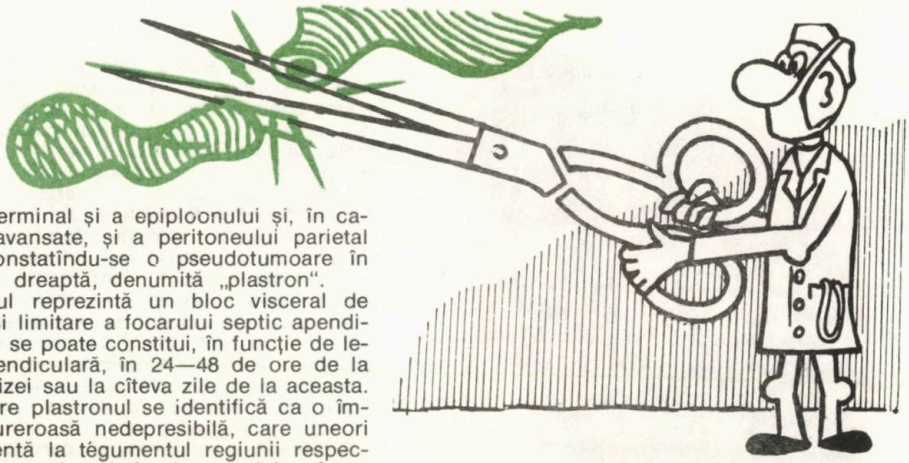
Obiectiv, abdomenul este suplu la palparea superficială și urmează mișcările respiratorii. Orice efort, însă, accentuează durerea în fosa iliacă dreaptă și imobilizează abdomenul. Este prezentă hiperestezia (sensibilitate exagerată) cutanată, iar palparea mai profundă determină apărare musculară, care este cu atît mai accentuată, cu cît procesul inflamator apendicular este mai grav. Durerea, hiperestezia cutanată și apărarea musculară constituie o triadă simptomatică considerată a fi patognomonică (caracteristică) pentru stabilirea diagnosticului de apendicită acută, ca și pentru stabilirea indicației operatorii. Aceste semne, care în fond definesc iritarea peritoneului, sînt variabile ca intensitate, atît legate de gradul de afectare apendiculară, cît și de reactivitatea individuală. În plus, trebuie ținut seama că localizarea lor nu poate fi alta decît fosa iliacă dreaptă și, din acest punct de vedere, trebuie ținut seama că în circa 30% din cazuri apendicele este situat retrocecal, eventualitate în care durerea este localizată lombar sau lomboabdominal, luînd aspectul unei colici reno-ureterale, iar palparea găsește fosa iliacă liberă și numai așezarea bolnavului în decubit lateral stîng permite identificarea triadei simptomatice descrise mai sus, prezentă deasupra crestei iliace drepte.

Există, desigur, pentru apendicita acută și o serie de prescripții care alcătuiesc o terapeutică conservatoare menită să favorizeze stingerea procesului acut, în vederea unei intervenții care să se execute „la rece".

În acest sens se recomandă repausul la pat, regim alimentar hidric sau alcătuit din alimente lipsite de reziduuri, precum și asigurarea tranzitului digestiv prin administrarea, la nevoie, a unor laxative ușoare. *Este total contraindicată administrarea de purgative.* În toată perioada tratamentului conservator, bolnavul trebuie strict supravegheat, urmărindu-se zilnic curba termică și cea leucocitară, alături de evoluția semnelor subiective. Nu trebuie omis nici un moment faptul că atenuarea fenomenelor locale și generale nu reprezintă nici o garanție privind posibilitatea reacutizării, astfel că cea mai corectă și sigură în rezultat este apendicectomia, chiar cu riscul ca aceasta să se integreze în procentul de circa 50% de „apendicectomii abuzive". Această atitudine este cu atît mai justificată cu cît în majoritatea cazurilor leziunile inflamatorii apendiculare își urmează cursul, într-o evoluție lentă sau rapidă.

În faza locală endoapendiculară, procesul inflamator cuprinde și seroasa, determinînd o accentuare a semnelor clinice și în special acutizarea și permanentizarea durerii.

În eventualitatea progresiunii lente către seroasă a procesului inflamator și cînd acesta este determinat de germeni cu virulență slabă sau evoluează pe un organism integru, se produce limitarea acestuia printr-o peritonită circumscrisă de reacție, cu formarea de aderențe în jurul apendicelui inflamat, cu participarea



ileonului terminal şi a epiploonului şi, în cazuri mai avansate, şi a peritoneului parietal ventral, constatîndu-se o pseudotumoare în fosa iliacă dreaptă, denumită „plastron".

Plastronul reprezintă un bloc visceral de protecţie şi limitare a focarului septic apendicular, care se poate constitui, în funcţie de leziunea apendiculară, în 24—48 de ore de la debutul crizei sau la cîteva zile de la aceasta. Prin palpare plastronul se identifică ca o împăstare dureroasă nedepresibilă, care uneori este aderentă la tegumentul regiunii respective. Formarea şi evoluţia plastronului se însoţesc de ascensiune termică şi hiperleucocitoză, acompaniate şi de semnele generale ale oricărui proces septic evolutiv.

Sub tratament medical, repaus, regim alimentar, substanţe antimicrobiene etc., plastronul poate involua, elementele clinice de apreciere fiind, în acest caz, diminuarea de volum a pseudotumorii şi scăderea curbelor termice şi leucocitare. Adesea, însă, involuţia se face către formarea unui abces.

Abcesul apendicular se constată prin perceperea la palpare a ramolirii porţiunii centrale a plastronului, ca şi prin exacerbarea tuturor semnelor generale — uneori procesul supurativ se deschide spontan într-un organ cavitar sau fistulizează la piele sau — eventualitatea mai gravă — se deschide către marea cavitate, producînd *peritonita generalizată,* a cărei evoluţie se poate prezenta sub două aspecte:

- *peritonita generalizată în 2 timpi,* care este succesiunea: criză apendiculară — retrocedarea fenomenelor acute — reapariţia acestora în urma perforaţiei organului;
- *peritonita generalizată în 3 timpi,* care reprezintă succesiunea: criza apendiculară — formarea abcesului — deschiderea acestuia în marea cavitate.

Sînt situaţii în care simptomatologia prezentată de bolnav nu corespunde leziunii anatomopatologice a organului afectat. Aceasta se datoreşte diverselor tipuri de reactivitate individuală şi mai ales de vîrstă, folosirii de substanţe antimicrobiene, precum şi altor factori. În schimb, o anumită simptomatologie, cel puţin în unele valenţe diagnostice, poate fi mai caracteristică pentru o corespondenţă anatomopatologică.

PERFORAŢIA APENDICULARĂ, căreia îi corespunde o peritonită purulentă primitivă, este marcată de durere bruscă, violentă, localizată şi apoi generalizată. Ascensiunea termică este rapidă.

GANGRENA APENDICULARĂ — căreia îi corespunde peritonita septică difuză — se caracterizează prin prezenţa fenomenelor grave de toxemie (intoxicaţie generală), care depăşesc ca intensitate reacţia peritoneală; semnele generale sînt din ce în ce mai grave, în timp ce reacţia locală este moderată şi contractura abia se conturează.

APENDICITA TOXICĂ corespunde unei infecţii intestinale cu germeni foarte virulenţi. Reacţia peritoneală este minimă, dar se produc leziuni hepato-renale şi fenomene toxice grave, cu stare de şoc toxico-septic marcat de paloarea şi alterarea rapidă a faciesului bolnavului, contrastînd cu cianoza buzelor şi a extremităţilor.

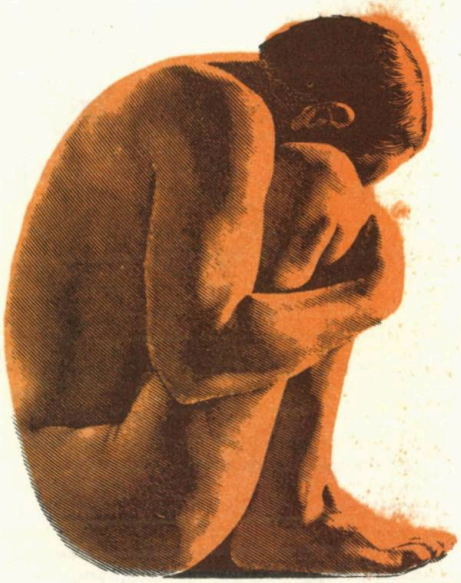
Tabloul clinic al apendicitei acute prezintă şi unele particularităţi legate de vîrsta bolnavului, fapt important de reţinut, dată fiind frecvenţa inflamaţiei apendiculare în orice etapă de viaţă.

APENDICITA ACUTĂ LA SUGAR este rară şi sindromul acut ia aspectul unuia toxic, manifestat prin ascensiune termică şi stare de agitaţie. După medicaţie sedativă, prin palpare abdominală sau tact rectal, se decelează o zonă de reacţie puternică în fosa iliacă.

APENDICITA ACUTĂ LA COPIL ocupă primul loc în cadrul urgenţelor chirurgicale; în această etapă de viaţă semnele locale şi generale sînt aceleaşi ca la adult, dar trebuie reţinut că apendicita acută poate surveni consecutiv unor altor afecţiuni microbiene.

APENDICITA ACUTĂ LA BĂTRÎNI nu este o raritate, deşi după 60 de ani se constată caractere regresive ale apendicelui; de obicei procesul acut apendicular îmbracă predominant forme cu leziuni grave, care determină, datorită reactivităţii mai reduse a organismului, reacţii clinice mai şterse, urmînd a fi recunoscută ulterior, sub masca unor afecţiuni ocluzive sau tumorale determinate de reacţiile locale.

Stabilirea diagnosticului pozitiv al apendicitei acute reprezintă o necesitate absolută, dată fiind evoluţia imprevizibilă a bolii, care prezintă un accentuat risc de agravare într-un interval extrem de scurt. Dacă într-o fază evolutivă precoce sau în perioada de criză triada simptomatică — durere-hiperestezie cutanată-apărare musculară — este suficientă pentru a sugera diagnosticul, într-o fază evolutivă



mai avansată, atunci cînd sub o formă sau alta se supraadaugă participare peritoneală, diagnosticul de cauzalitate devine mai dificil, ca dealtfel și actul chirurgical.

Iată de ce se consideră astăzi că inflamația acută apendiculară nu are decît un singur tratament și că acesta este cel chirurgical – *apendicectomia* – care, chiar executat în aceste condiții, prezintă o mortalitate postoperatorie de numai 4‰. Idealul este ca apendicectomia să se execute cît mai timpuriu după debutul crizei, prin aceasta evitîndu-se ivirea de complicații locale și generale.

Considerată a fi o intervenție simplă și benignă în urmări, apendicectomia reprezintă, totuși, o celiotomie (tăiere) și trebuie considerată ca atare, întrucît, dacă în marea majoritate a cazurilor prezintă o topografie normală și exereza apendicelui se poate efectua cu ușurință, nu sînt rare încă cazurile în care anomalii poziționale cecoapendiculare sau complexitatea lezională transformă apendicectomia într-o adevărată problemă, chiar pentru un chirurg experimentat.

O dovadă a seriozității cu care trebuie privită execuția unei apendicectomii este faptul că și astăzi, chiar și pentru operația efectuată „la rece", se înregistrează o mortalitate de 2‰ și o morbiditate prin complicații postoperatorii de pînă la 20%. Iată de ce este bine ca apendicectomia să fie efectuată cît mai timpuriu după debutul crizei sau în suferința de fosă iliacă de cauză imprecis determinată.

În tratamentul suferinței apendiculare își găsește locul potrivit dictonul conform căruia este preferabil să se greșească prin prea mult, adică să se extirpe un apendice eventual indemn — apendicectomia abuzivă —, decît să se greșească prin prea puțin, adică, cu alte cuvinte, să se intervină tardiv, cînd complicațiile sînt deja prezente, iar rezultatele operatorii grevate de riscuri.

ZICALE (ne)populare

La control vino și joi,
Că mata ai vin de soi!

(auzită la un medic de dispensar sătesc)

Doar cu-n leu în palmă pus,
La bolnav nu vă las sus!

(auzită la un portar de spital)

Eu de fumat, care-i nociv,
Mă las, lunar, definitiv!

(auzită la un fumător)

Peste rînd eu voi intra,
Că-ntîrzii la cinema!

(auzită la o policlinică)

Ceaiul e reconfortant,
Numai dacă e dansant!

(auzită la un tînăr)

La răceală știu atît:
Frecții cu alcool în gît!

(auzită la un bețiv)

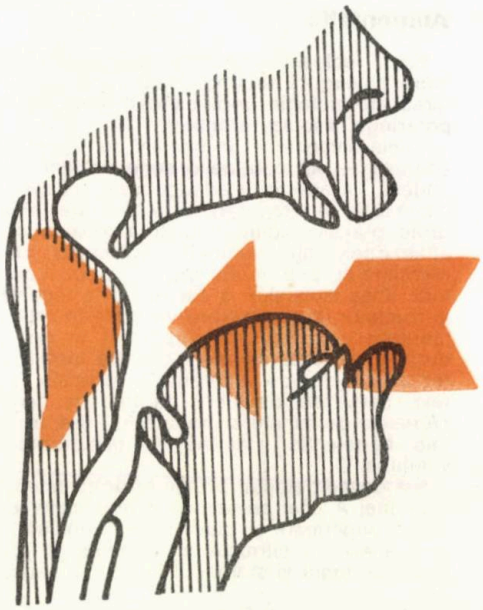
Să-ți vînd, neamule, un Kent,
Pentru doctor stimulent!

(auzită la un bișnițar)

V.D. POPA

CANCERUL CĂILOR AERO-DIGESTIVE SUPERIOARE

profilaxie, depistare precoce, tratament



Cancerul reprezintă astăzi boala cronică ce adesea poate fi vindecabilă în condiţiile unei intervenţii terapeutice iniţiată în timp util. Este boala cronică a cărei apariţie poate fi evitată, dacă cunoaştem şi ştim cum trebuie să înlăturăm unii factori etiologici (care determină boala).

Această conduită a fost întrevăzută încă cu multe secole înainte. Un aforism medical din secolul al XVII-lea susţine că: „Cel mai bun medic este acela care previne boala şi nu cel care o vindecă, pentru că cel care o previne fereşte organismul de corvoada suferinţei". Astăzi, cînd profilaxia reprezintă o preocupare prioritară, atît pentru medicină, cît şi pentru societate, în general, constituie o obligaţie faptul de a pune la dispoziţia semenilor noştri — printr-un sistem de informare corect şi pertinent — căile şi mijloacele prin care se pot evita îmbolnăvirile.

În linii generale, în cancerul căilor aero-digestive superioare putem vorbi de o *profilaxie primară* şi o *profilaxie secundară*.

Profilaxia primară reprezintă veriga principală a luptei anticanceroase şi constă, în principiu, în înlăturarea tuturor cauzelor sau factorilor care pot determina cancerizarea unui ţesut sănătos.

Profilaxia secundară se adresează leziunii maligne deja apărute, cu intenţia de a o depista în stadii cît mai precoce, cînd este perfect curabilă, împiedicînd evoluţia spre metastaze şi generalizare.

Organele incluse în căile aero-digestive superioare, prin situaţia lor superficială — de răscruce — sînt supuse influenţelor unor factori cancerigeni. Aceste influenţe pot fi evitate sau diminuate dacă cunoaştem o serie de reguli de *profilaxie primară*. Pe de altă parte, boala acestor organe, odată apărută, atrage atenţia printr-o serie de simptome minimale, multă vreme trecute cu vederea, dar care cercetate la timp oferă posibilitatea unei depistări precoce, cu intervenţii terapeutice eficiente, cu vindecări de durată sau definitive. Aceasta este *profilaxia secundară*. Ea constituie suportul teoretic al marilor acţiuni de depistare în masă a cancerului, care au fost iniţiate şi la noi în ţară.

În ceea ce priveşte *profilaxia primară*, numeroase studii efectuate în lumea întreagă au stabilit, cu certitudine, influenţa „modului de viaţă" în apariţia cancerului. Noţiunea *„mod de viaţă"* cuprinde: obiceiurile şi deprinderile alimentare, fumatul, consumul de alcool, factorii de mediu, poluarea (fizică, chimică sau biologică), influenţa unor virusuri, factorul genetic predispozant, factori metabolici şi hormonali, imunitatea organismului, factorii psiho-emoţionali.

Întrebarea pe care ne-o punem tot mai insistent este: ce putem şi ce nu putem face astăzi pentru a preveni apariţia cancerului? Putem evita sau atenua influenţa negativă a multora din factorii citaţi mai sus. În acest mod reuşim să păstrăm nealterată capacitatea de apărare a organismului, imunitatea. Ştim exact, în momentul de faţă, că în mod obişnuit în organism apar zilnic circa un milion de celule „mutante". Acestea sînt celule anormale, cu atribute antigenice şi cu potenţial oncogen. Ele sînt însă neutralizate-anihilate de aparatul imun normal al organismului, care în acest fel realizează un echilibru de sănătate. Cînd sub influenţa unuia sau a mai multor factori din cei amintiţi mai sus sistemul imunitar se deteriorează, anihilarea celulelor mutante devine imposibilă sau se face incomplet. Celulele nedistruse iau calea malignizării.

Vom încerca să explicăm modul în care alimentaţia, alcoolul, tutunul şi factorul emoţional influenţează negativ puterea de apărare a organismului, favorizînd apariţia bolii canceroase. Ne rezumăm numai la acestea pentru că sînt cele mai frecvente, permanent implicate în fiziologia căilor aero-digestive superioare şi mai ales pentru că evitarea lor este perfect posibilă, cu eforturi minime.

Alimentația

Studii epidemiologice și experimentale de mare anvergură recunosc alimentației un rol direct în etiologia unor cancere digestive (hipofaringe, esofag, stomac).

Unele alimente — în special de proveniență animală — pot conține o serie de factori oncogeni. La aceștia îi adăugăm pe cei rezultați din modul de preparare și conservare (afumăturile, prăjelile, aditivi folosiți la conservare, ca aflatoxinele, nitrozaminele, ciclamații). O alimentație cu prea multe grăsimi, abuzul de calorii, lipsa lactatelor, a cerealelor, a legumelor și fructelor, lipsa de fibre vegetale în rația alimentară joacă un rol important în oncogeneză. O serie de alimente conferă însă o protecție oncologică: alimentele vegetale, fructele, derivatele de lapte, tărîțele de cereale, cerealele germinate și bogate în fibre, alimentele bogate în vitamina A, betacaroten și vitamina C.

S-a dovedit efectul protector anticanceros al vitaminei A, mai cu seamă pentru căile respiratorii superioare și plămîn. S-a constatat, de asemenea, că citricele și vitamina C protejează esofagul și stomacul împotriva cancerului.

Vitaminelor E și B li se acordă un rol anticanceros neverificat însă total pînă în prezent.

Unele deprinderi alimentare nocive, ca: ingestia unor alcooluri concentrate, la care se asociază consumul de alimente cu potențial oncogen — preparate în mod necorespunzător (afumături, prăjeli, conserve) —, cărora li se adaugă fumul de țigară, măresc incidența cancerelor de hipofaringe și a celor esofagiene.

Tutunul

Toți oncologii sînt astăzi de acord că gudroanele rezultate din arderea tutunului conțin hidrocarburi cancerigene, implicate, în mare măsură, în apariția cancerelor laringiene și pulmonare. Cancerul pulmonar este de 20 ori mai frecvent la fumători, iar cancerul laringian este extrem de rar la nefumători.

În privința consumului de țigarete este interesant de remarcat faptul că apariția așa-numitelor „țigări ușoare", cu filtre sofisticate și

cu cantități reduse de gudron și nicotină, nu au scăzut decît cu 26% incidența cancerului laringian și a celui pulmonar, față de consumul țigărilor tradiționale. În ceea ce privește acțiunea nocivă a fumului de tutun va trebui să avem în vedere și postura de „fumător pasiv", în care ne găsim în mod permanent mulți dintre noi. Fumătorul pasiv este de fapt un nefumător care, fără voia lui, inhalează fumul produs de alții. Reacția lui la fum cuprinde o gamă largă de manifestări, începînd cu iritații conjunctivale și de mucoase nazale, faringite, laringotraheite, crize de astm bronșic și terminînd cu apariția cancerului pulmonar. Statistici recente arată că o soție nefumătoare, care trăiește alături de un soț care fumează 20 de țigări pe zi, are practic aceleași posibilități de a face cancer pulmonar ca și soțul fumător.

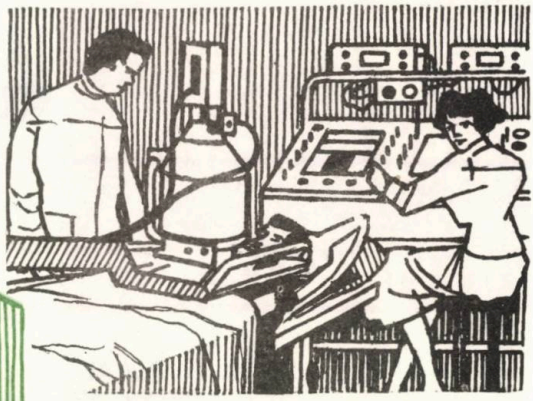
Lupta împotriva fumatului urmărește să convingă individul că a nu fuma este starea normală, iar societatea trebuie să știe că tutunul și produsele sale constituie una din cauzele evitabile a bolilor și a decesului.

Factorul psiho-emoțional

Factorul psiho-emoțional este astăzi admis integral în complexul plurifactorial al oncogenezei.

Studii românești demonstrează că incidența cancerului în țara noastră este mai mare la indivizi evoluați din punct de vedere intelectual. Aceste persoane dau o amploare mai mare bolii, cu repercusiuni negative profunde asupra economiei generale a organismului, pînă la nivel molecular.

Traumele psihice violente, stresul, stările afective negative, de mică intensitate dar repetate, stările conflictuale permanente induc modificări negative asupra sindromului general de adaptare a organismului cu perturbări hormonale și imunologice, deosebit de semnificative în mărirea potențialului oncogenetic. Limitarea efectelor factorului psiho-emoțional constituie unul din mijloacele de profilaxie pentru care resursele noastre sînt practic nelimitate. Toate resursele apelează însă la echilibrul psihic, care se poate obține prin voință, educație și înțelepciune.



Depistarea precoce a cancerului căilor aero-digestive superioare se înscrie de fapt în categoria acțiunilor de profilaxie secundară. Aceasta — așa cum am mai arătat — are în vedere descoperirea — pe baza cunoașterii simptomatologiei funcționale de debut — a bolii în stadiul incipient, cînd poate beneficia de o terapie eficientă, însoțită de vindecare.

Căile aero-digestive superioare constituie un ansamblu de organe situate în regiunea feței și gîtului, pînă la orificiul toracic superior. Ele includ, pentru *calea digestivă* — cavitatea bucală, cu limba și gingiile, vălul și bolta palatină, buco- și hipofaringele, gura esofagului și porțiunea cervicală a acestuia, iar pentru *calea aeriană*, fosele nazale și cavitățile sinuzale, rinofaringele, hipofaringele, laringele și traheea.

Unele tulburări funcționale pot atrage atenția asupra suferinței acestor organe. Acestea sînt: tulburări ale deglutiției — de obicei unilaterale —, dureri unilaterale la deglutiție, otalgii unilaterale, răgușeală, greutate în respirație (dispneea), tuse iritativă cu sputa uneori sanguinolentă, obstrucție nazală, obstrucție tubară, epistaxis. Prezența de durată a acestor simptome atrage după sine necesitatea prezentării la medic, pentru stabilirea unui diagnostic corect.

Subliniem necesitatea prezentării la medic, arătînd că:

— un cancer netratat la timp ajunge repede în stadii incurabile;

— cancerele incipiente pot fi detectate prin mijloace simple;

— cancerele în stadii precoce sînt vindecabile.

Strategia terapeutică va trebui să țină seama de costul tratamentului (chirurgical, radiologic, citostatic), în funcție de rezultatul scontat. Cînd vorbim de cost ne gîndim nu numai la cel material, ci și la cel uman. Pentru ca implicațiile umane ale gestului nostru terapeutic anticanceros să fie cît mai reduse — mai acceptabile — soluțiile depistării precoce și a profilaxiei primare rămîn singurele valabile și eficiente.

Dr. D. SARAFOLEANU
SPITALUL CLINIC „GRIVIȚA"

Natural

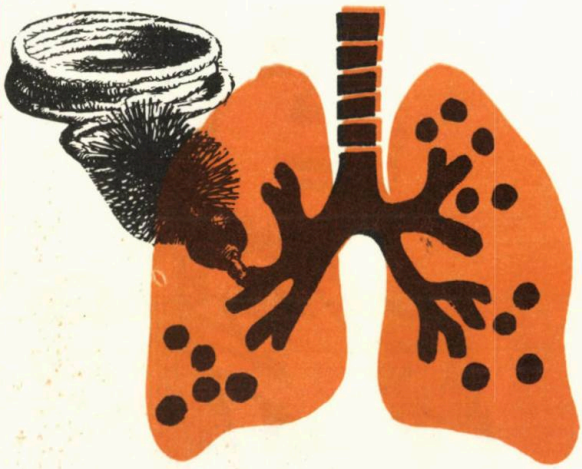
Se simte toamna iar - da, știu -
Sezonu-acela arămiu,
Ce-nclină pomilor coroana
Gîzelor, dăruie hrana...

Și cît de mult este cîntată!
De pictori, nicidecum, uitată,
Acea încîntare de-armonii,
Amestecuri de galben-gri.

Totdeauna-n transformare
Natura, om se-avîntă-n mișcare.
Frunzișul, în cădere, sună;
Lin, soarele continuă s-apună.

Gabriela Tănase

BOLILE APARATULUI RESPIRATOR ŞI ANTIBIOTICELE



Dr. N. EVIAN,
MEDIC PRIMAR

Tratamentul modern al bolilor infecţioase nu poate fi conceput fără folosirea antibioticelor, medicamente care, cu o jumătate de secol în urmă, nu existau şi care au redus considerabil mortalitatea prin aceste boli.

Sub denumirea de *antibiotice* se cuprind — în vorbirea curentă — *chimioterapicele* (substanţe chimice de sinteză) şi *antibioticele* propriu-zise (obţinute din organisme vii, de cele mai multe ori ciuperci). Acestea exercită o acţiune nocivă asupra bacteriilor. Intervenind în metabolismul bacteriilor şi împiedicîndu-le hrănirea, antibioticele opresc înmulţirea acestora (bacteriostază), permiţînd mijloacelor de apărare ale organismului (globule albe, anticorpi) să le lichideze. Unele antibiotice, bacteriostatice în doze mici şi moderate, pot fi şi bactericide (capabile să omoare bacteriile) în doze mari, care însă fiind toxice pentru organism nu pot fi administrate fără riscul vătămării aparatului digestiv, a ficatului, rinichilor, măduvii oaselor, sistemului nervos.

Fiecare antibiotic are un anumit spectru bacteriostatic, adică o anumită rază de acţiune asupra unui număr mai mic sau mai mare de germeni.

Bolile aparatului respirator (şi ne referim la bolile traheii, bronhiilor şi plămînilor, deoarece bolile căilor respiratorii superioare — nas, faringe, laringe — intră în sfera de tratament a otorinolaringologului) sînt numeroase, variate şi determinate de nenumărate cauze.

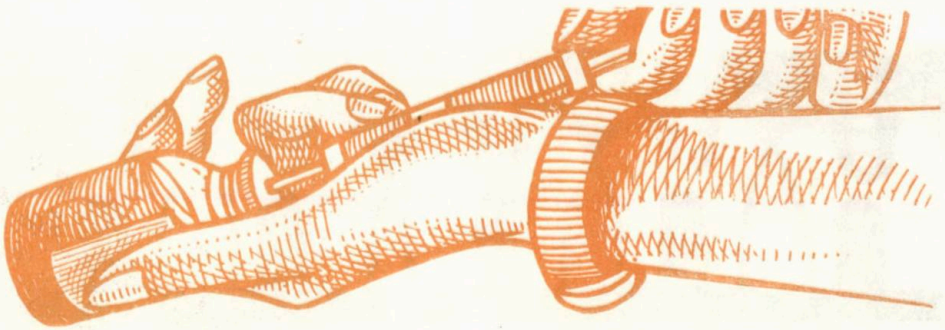
Antibioticele vor fi administrate în bolile aparatului respirator care sînt date de microbi (bacterii şi virusuri), adică în infecţii ale organelor căilor respiratorii.

Infecţiile organelor care constituie aparatul respirator se pot datora celor mai variaţi germeni aflaţi în aer, în cavitatea bucală şi în nas. În mod normal, pe mucoasa căilor aeriene superioare există nenumăraţi microbi, care sînt „ţinuţi în şah" de mijloacele proprii de apărare ale organismului (locale şi generale). Atîta timp cît virulenţa acestor germeni este scăzută, germenii nu provoacă boli. Cînd însă dintr-o cauză sau alta, pe de o parte virulenţa germenilor creşte şi pe de altă parte rezistenţa organismului scade, echilibrul sistemului ecologic (dintre microbi şi organism) este tulburat în defavoarea organismului şi în favoarea microbilor, ceea ce face să apară *infecţia*.

Infecţia căilor respiratorii trebuie înţeleasă ca totalitatea modificărilor pe care le suferă un ţesut sau un organ al aparatului respirator sub acţiunea nocivă a unui germen şi care se traduc prin manifestări *generale*, determinate de toxinele acestuia (febră, frisoane, puls accelerat, dureri musculare, stare generală alterată, astenie, cefalee, lipsă de poftă de mîncare) şi manifestări *locale* (tuse, expectoraţie, dureri toracice, greutate în respiraţie), provocate de inflamaţia mucoasei traheii, mucoasei bronhiilor sau a alveolelor pulmonare.

Împotriva germenilor care pot fi cauza infecţiilor bronhopulmonare (streptococi, stafilococi, pneumococi, *Klebsiella, Haemophilus influenzae)* vor fi utilizate antibiotice cu spectru larg bacteriostatic, cu atît mai mult cu cît cel mai adesea este vorba de infecţii plurimicrobiene. Alegerea unui singur antibiotic este destul de grea şi riscantă, deoarece flora polimorfă nu poate fi acoperită decît de o combinaţie de 2—3 antibiotice. În principiu, se dă cel puţin un antibiotic cu spectru larg, care să cuprindă majoritatea bacteriilor. Se va ţine seama şi de toxicitatea antibioticelor, pentru că, de cele mai multe ori, la bolnavii care au o stare generală precară (infecţia survenind pe un teren debilitat de alte boli) trebuie evitată o agresiune în plus asupra ficatului, rinichilor sau altor organe. Iată motivul principal pentru care alegerea antibioticului trebuie lăsată în seama medicului.

În general, antibioticele sînt indicate în *infecţiile acute*. Astfel, în *pneumoniile* cu pneumococ, *Klebsiella,* streptococ, stafilococ, în *infecţiile bronhopulmonare cronice care se acutizează, în puseurile infecţioase care agravează o BPOC* (bronhopneumopatie obstructivă cronică), în *episoadele acute pe plămîn unic restant* (după o exereză a celuilalt plămîn, făcută pentru rezolvarea radicală a unei tuberculoze care nu mai poate fi influenţată de tuberculostatice, a unei supuraţii cronice localizată şi incurabilă, a unei bronşiectazii supurate cronice, a unui cancer pulmonar operabil), în *supuraţiile bonhopulmonare acute* (abces pulmonar, supuraţie acută pe fond



bronşiectatic, pleurezie purulentă, gangrenă pulmonară), în *infecţiile bronhopulmonare acute survenite la cardiaci, diabetici, în procesele traheobronşice acute la copii mici sau bătrîni* (vîrste la care mecanismele de apărare sînt reduse) şi în toate procesele infecţioase care complică o gripă sau alte afecţiuni bronhopulmonare determinate de virusuri.

Tuberculoza pulmonară (ca dealtfel orice altă localizare extrarespiratorie a infecţiei tuberculoase) este boala în care, graţie tuberculostaticelor corect administrate, se poate obţine o vindecare completă. Antibioticele antituberculoase sînt numeroase şi eficacitatea lor variază în funcţie de sensibilitatea faţă de acestea a bacilului Koch, de toleranţa la tuberculostatice a bolnavului, de forma de tuberculoză (întindere şi gravitate) şi de corectitudinea cu care este condus tratamentul. Hidrazida acidului izonicotinic (INH), Etambutolul, Rifampicina, Pirazinamida, Kanamicina, Streptomicina şi altele sînt cele mai utilizate tuberculostatice. La prescrierea tuberculostaticelor există cîteva reguli care, dacă nu sînt respectate, tratamentul nu duce la rezultatele dorite ci, dimpotrivă, la cronicizarea bolii, la recidive şi la unele complicaţii neplăcute pentru bolnav şi pentru cei din jurul acestuia, printre care *infectarea contacţilor cu germeni rezistenţi la unul sau mai multe tuberculostatice* nu este nici singura, nici ultima.

• Astfel, la începutul tratamentului nu se va da un singur tuberculostatic, pentru că există riscul ca bacilul să devină repede rezistent la acesta.

• Nu vor fi date nici două tuberculostatice, pentru că — dacă bacilul este rezistent la unul din ele — există riscul de a face *monoterapie* (tratament cu un singur tuberculostatic).

• De aceea, la început vor fi administrate cel puţin trei tuberculostatice, urmînd ca pe parcurs (după dispariţia bacilului din expectoraţie, după ameliorarea leziunilor sau în funcţie de fenomenele adverse, de intoleranţă) să se treacă la două tuberculostatice.

• Tratamentul va fi de lungă durată, pentru că modificările anatomice ale leziunilor (rezorbţia sau remanierea fibroasă, nodulară) se fac lent.

• Dozele vor fi suficient de mari (în raport cu greutatea corporală), ca să se obţină în sînge concentraţia de tuberculostatic necesară tulburării metabolismului bacilului şi multiplicării acestuia.

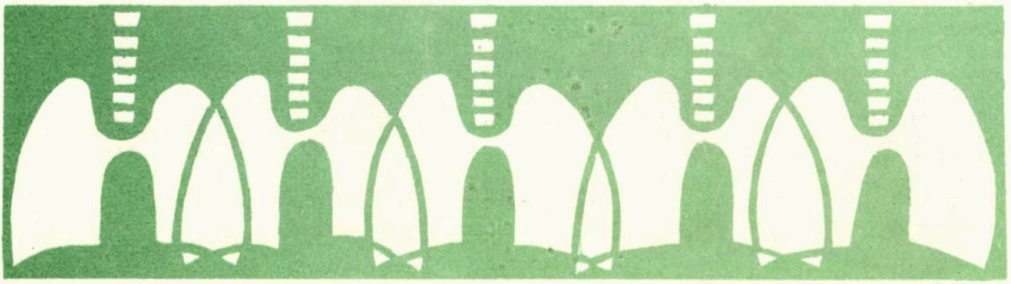
• Tratamentul va fi continuu şi nu va fi întrerupt, pentru a nu da răgaz bacilului „să-şi revină" şi să-şi reia activitatea.

• La alegerea tuberculostaticelor se va ţine seama de toxicitatea lor, de toleranţa bolnavului, de reacţiile pe care le pot declanşa, de fenomenele alergice pe care pot să le provoace.

Este de la sine înţeles că toate aceste reguli nu pot fi cîntărite şi aplicate decît de medic care, cunoscînd bolnavul, starea de integritate a aparatelor şi sistemelor organismului, precum şi farmacologia antibioticelor, va şti să le aleagă pe cele indicate şi să prescrie dozarea şi ritmul de administrare cele mai potrivite, pentru ca tratamentul să fie cît mai corect, deci cît mai eficace.

Bineînţeles că dacă după cîteva luni de tratament nu se obţin ameliorările clinice, radiologice şi bacteriologice aşteptate, nu se va insista cu tratamentul tuberculostatic (care s-a dovedit inutil), ci se va apela la alte măsuri terapeutice, şi anume la colapsoterapia chirurgicală sau la chirurgia de exereză.

În infecţiile bronhopulmonare determinate de virusuri (printre care banala gripă, „răceala" comună din perioada anotimpului rece şi umed), *antibioticele nu sînt indicate*, în primul rînd pentru că *nu au nici o acţiune asupra virusurilor.* Nenumăraţi sînt bolnavii care înghit zile întregi tot felul de antibiotice şi la care nu se obţine vreo ameliorare (scăderea febrei, diminuarea tusei şi expectoraţiei) decît după ce au luat antitermice (Piramidon, Aspirină, Paracetamol, Acalor) şi medicamente banale pentru calmarea tusei (Codenal, Tusan) sau pentru favorizarea expectoraţiei (siropuri sau ceaiuri expectorante, Trecid, Bromhexin). În al doilea rînd există pericolul ca din germenii (deocamdată nepatogeni, nevirulenţi) existenţi în căile respiratorii *să se selecţioneze tulpini rezistente,* asupra cărora antibioticele să nu mai aibă efect în cazul că procesul virotic se complică prin infectarea cu aceşti ger-



meni, deveniţi patogeni şi agresivi prin scăderea rezistenţei bolnavului.

Apoi există şi riscul apariţiei *infecţiei* în cavitatea bucală (stomatită, glosită) cu *ciuperci microscopice* (în special *Candida albicans).* În mod normal există un echilibru biologic între flora microbiană banală şi aceste ciuperci; nepatogeni, microbii trăiesc împreună cu ciupercile într-un sistem ecologic care nu dăunează organismului. Cînd, datorită antibioticelor, prin dispariţia microbilor echilibrul acestui ecosistem este tulburat, ciupercile microscopice devin majoritare şi patogene, infectînd mucoasa bucală şi creînd riscul de a infecta şi bronhiile şi alveolele pulmonare. Or, aceste micoze „interne" sînt foarte greu de vindecat (pentru că sînt greu abordabile de micostatice), spre deosebire de micozele bucale. Se recomandă ca în timpul administrării antibioticelor să se clătească frecvent cavitatea bucală cu apă bicarbonatată (o lingură de bicarbonat de sodiu la un litru de apă), alternativ cu o soluţie foarte slabă de hipermanganat de potasiu, soluţii care, alcalinizînd cavitatea bucală, diminuează sau chiar neutralizează potenţialul de evoluţie al ciupercilor, cărora nu le convine mediul alcalin.

Pentru tratarea unei viroze respiratorii (traheită acută, traheobronşită acută, bronşită acută, corticopleurită, pneumonie, gripă) bolnavul va fi pus în repaus şi vor fi administrate antitermice, dezinfectante ale nasului şi gîtului, calmante ale tusei, expectorante, antinevralgice, vitamină C. Dacă starea febrilă se menţine mai mult de cîteva zile sau se accentuează, iar agravarea simptomelor indică posibilitatea instalării unei complicaţii infecţioase, sînt indicate antibioticele, dar *nu orice* şi *oricum.* Medicul va decide antibioticul necesar şi va avea grijă ca prin administrarea, de la început, a unei doze suficient de mari (dozele nu vor fi crescute, ci scăzute progresiv) şi într-un ritm susţinut, timp de cîteva zile (antibioticul va mai fi dat încă 1—2 zile după normalizarea temperaturii), să existe şi un beneficiu ecologic prin tratarea corectă, care să împiedice recăderea sau apariţia germenilor rezistenţi.

În cazul unei boli infecţioase care atinge pleura (pleurezii purulente cu diverşi germeni), antibioticele vor fi administrate atît pe cale bucală, cît şi local, intrapleural, prin acul cu care se face puncţia pentru evacuarea lichidului purulent şi spălătura pleurală.

Pînă la venirea medicului este de dorit ca *bolnavul să evite să facă unele greşeli,* care să îngreuieze vindecarea rapidă a unei afecţiuni bronhopulmonare infecţioase acute.

● Bolnavul *nu va lua vreun antibiotic pentru gripă, pentru o ascensiune cît de mică a temperaturii, pentru cel mai mic guturai sau pentru că tuşeşte, cu sau fără expectoraţie.* Există persoane care înghit cu convingere o tabletă de Biseptol sau o capsulă de Ampicilină pe zi pentru asemenea simptome. La cabinetele de consultaţii se înregistrează zilnic numeroşi bolnavi care „ştiu" de ce boală suferă şi „ştiu" ce medicamente trebuie luate. Aceştia „comandă" medicului, ca la piaţă sau ca la oricare alt magazin, o listă întreagă de medicamente, din care nu lipsesc Biseptolul, Penicilina, Ampicilina, Tetraciclina sau alte antibiotice. Cei mai mulţi au aflat de la un prieten, de la o rudă, de la un vecin, de la un necunoscut din tramvai, dintr-o revistă literară sau de la oricine, care numai medic nu este, că pentru tuse sau bronşită este bun cutare sau cutare antibiotic.

• Constituie o greşeală şi este total contraindicat:

— să se ia un antibiotic (cînd acesta este indicat) în *doză şi cantitate totală prea mică* (care nu realizează o concentraţie bacteriostatică suficientă în sînge) sau *timp insuficient*, atît ca durată totală de tratament, cît şi ca ritm de administrare;

— *să se schimbe un antibiotic cu altul* numai pentru că după o zi sau două temperatura încă nu a revenit la normal;

— *să se ia fără aviz medical* Penicilină, Ampicilină sau alt antibiotic din acelaşi grup, cu atît mai mult cu cît, pe de o parte, aceste antibiotice dau frecvent reacţii alergice (uneori foarte grave) şi, pe de altă parte, alergia este un factor care intră destul de frecvent în determinismul bolilor aparatului respirator;

— *să se ia un antibiotic pentru prevenirea unei infecţii* a aparatului respirator şi nu sîntem de acord cu bronşiticii cronici care fac lunar cîte o cură cu antibiotice, ca să nu facă vreo infecţie. Ca şi cum ar exista cineva care să ia Piramidon ca să evite apariţia unor dureri de cap sau de şale!

•

Desigur că, printre diferitele metode de investigare (clinică, radiologică, de laborator) a aparatului respirator, *examenul bacteriologic al expectoraţiei şi antibiograma* nu sînt lipsite de importanţă. Valoarea acestora nu este însă absolută, pentru că flora microbiană din expectoraţia care trece şi prin cavitatea bucală înainte de a fi eliminată este polimorfă, cu anumite predominanţe. Or, este foarte posibil ca antibiograma să se refere la populaţia majoritară de germeni (şi care pot să nu fie patogeni în cazul dat) şi să nu dea indicaţii privitoare la germenii minoritari, care în realitate sînt virulenţi şi patogeni. Acesta este şi motivul pentru care sensibilitatea sau rezistenţa germenilor, la unul sau altul din antibiotice, pare să se schimbe de la o testare la alta, ceea ce face să nu poată fi trasă o concluzie categorică cu privire la antibioticul optim. Antibiograma are de aceea o valoare relativă, întrucîtva orientativă şi nicidecum absolută, ceea ce explică faptul că există unele infecţii

care se ameliorează şi se vindecă cu un antibiotic la care germenii se arată a fi rezistenţi şi, invers, alte infecţii, care nu pot fi combătute cu succes de un antibiotic, chiar dacă antibiograma arată că germenii sînt sensibili la acest antibiotic. În afară de sensibilitatea şi rezistenţa semnalată de laborator, există şi o sensibilitate şi rezistenţă clinică, în funcţie de rezistenţa bolnavului, de zestrea imunitară a acestuia şi de virulenţa germenului agresor.

Antibiograma este practic inoperantă în cazurile de urgenţă sau la copii şi bătrîni, cînd nu se poate aştepta rezultatul ei şi cînd trebuie intervenit numaidecît cu antibiotice.

•

Indiferent de infecţia respiratorie cu care este confruntat bolnavul, înainte de a se hotărî să facă un tratament cu antibiotice trebuie să consulte un medic, care va fi singurul în măsură să indice un tratament corect, cu antibioticul cel mai propice, în doza, asocierea şi ritmul care să asigure o vindecare durabilă şi de bună calitate.

CLIPĂ

Simt blîndeţea soarelui
Luminîndu-mi faţa,
Măsor lungul drumului
Şi ne spunem: „mneaţa!"
Adunăm de pe cărare,
Mierea florii de salcîm,
În răstimp de-o răsuflare,
Ne spunem apoi: „Drum bun!"

Gabriela Tănase

Ce trebuie să ştim

DESPRE PANARIŢIU

Prof. dr. doc. PAVEL SIMICI

Prin *panariţiu* se înţelege orice infecţie acută localizată la nivelul degetelor. Termenul respectiv desemnează întrucîtva punctul de plecare al procesului supurativ, el avînd originea etimologică în latinescul „panaritium", formă alterată a cuvîntului grecesc „paronichium", care, la rîndul său, provine din „paronichia" (para = lîngă + onyx = unghie).

Într-adevăr, majoritatea infecţiilor acute ale degetelor *(nu ale mîinii)* îşi au originea într-o plagă oricît de neînsemnată ar părea iniţial, produsă printr-un mecanism oarecare în jurul unghiei, la nivelul patului unghial sau la nivelul pulpei degetelor. Rareori procesul infecţios se produce iniţial la nivelul falangelor II sau I.

Trebuie avut în vedere că astfel de leziuni, indiferent de aspectul lor iniţial, au un important potenţial de gravitate, căci în absenţa unui tratament corect şi la timp aplicat se pot transforma în infecţii difuze, atît la structurile degetului, cît şi la nivelul mîinii. Indicaţia terapeutică în acest gen de leziuni trebuie făcută cu mult discernămînt, numai pe baza unui diagnostic de certitudine, întrucît o intervenţie prea timpurie poate fi nu numai ineficientă, ci chiar o cauză de agravare a leziunii iniţiale. Este un fapt regretabil că şi astăzi, cu toată organizarea complexă a reţelei de asistenţă sanitară, leziunea iniţială, care este poarta de intrare a infecţiei şi care adeseori este o leziune minimă, ce determină la început o reacţie inflamatorie modestă, face obiectul unor tratamente empirice şi a unei tergiversări nepermise pînă la prezentarea la medic. De la început trebuie spus că tratamentul cu substanţe antimicrobiene nu este capabil să vindece o supuraţie adevărată a degetelor, după cum nici „vîrful de bisturiu" nu poate constitui soluţia terapeutică ideală. Aceasta este explicaţia faptului că în multe, foarte multe cazuri, panariţii iniţial simple ajung în spital, după repetate incizii iterative (repetate), dar ineficace, procesul lezional soluţionîndu-se, în cele din urmă, cu sechele funcţionale supărătoare şi nu rareori chiar cu un grad de invaliditate.

Structura anatomică a degetelor explică evoluţia şi caracterul oarecum particular al panariţiului, după cum explică şi o bună parte din simptomatologia acestei afectări inflamatorii.

Segmentul distal al degetelor mîinii, corespunzător celei de a III-a falange pentru degetele 2, 3, 4 şi 5 şi celei de a II-a falange pentru degetul 1, pentru police prezintă, pe faţa palmară, pulpa degetului, care este alcătuită din ţesut adipos cu structură celulară divizată în lame care unesc tegumentul cu periostul falangei. Această structură nu se lasă destinsă şi, prin aceasta, nu permite decît acumularea unei mici cantităţi de puroi, suficientă însă ca prin distensia pe care o produce să determine dureri violente, cu caracter pulsatil, şi să favorizeze, în acelaşi timp, propagarea procesului septic către os.

Segmentul mijlociu al degetelor 2, 3, 4 şi 5, corespunzător falangei a II-a şi falangei întîia pentru police, conţine ţesut adipos mai puţin dens, care este despărţit prin lame fibroase de segmentul distal şi unit pe de o parte de teaca tendonului flexor, iar pe laturi de lame conjunctive, care solidarizează pielea de falanga respectivă.

În ceea ce priveşte segmentul proximal al degetelor, acesta este alcătuit din ţesut conjunctiv adipos, care comunică direct cu spaţiile comisurale corespunzătoare ale mîinii.

Aceste sumare noţiuni anatomo-structurale sînt suficiente pentru a explica de ce un panariţiu superficial se poate complica în condiţiile unui tratament necorespunzător, cu o infecţie profundă care să afecteze, în final, structura osoasă, articulaţia, teaca sinovială a degetului, infecţia putînd difuza pînă la nivelul mîinii, unde procesul septic capătă un caracter de gravitate potenţială deosebită.

Raportul procesului septic cu diferitele structuri ale degetului impun o primă clasificare a acestuia în *panariţiu superficial* şi *panariţiu profund.*

PANARIŢIUL SUPERFICIAL SAU CUTANAT include procesele inflamatorii dezvoltate la diversele straturi tegumentare, inclusiv cele periunghiale, unghia reprezentînd un strat cornos dur, încastrat cu baza sa mai moale într-un repliu epidermic numit „matricea" sau „rădăcina" unghiei. Este zona care reprezintă sediul foarte frecvent al unor forme mai uşoare de panariţii. Iată cîteva din aceste forme.

PANARIȚIUL ERITEMATOS este de fapt o simplă limfangită (inflamație) reticulară, caracterizată printr-o zonă de roșeață superficială, dureroasă, situată de obicei pe fața dorsală a porțiunii distale a degetului, deasupra unghiei. Este singura formă de infecție digitală care poate retroceda spontan, prin simplă toaletă locală, prin spălări repetate cu apă și săpun și eventual aplicarea unui pansament alcoolizat, de 2—3 ori pe zi.

PANARIȚIUL FLICTENULAR — după cum denumirea o arată — este caracterizat prin apariția — de obicei în aceeași zonă ca și în panarițiul eritematos — a unei colecții subepidermice cu conținut sero-hemato-purulent, deci formarea inițială a unei flictene ce se poate transforma în pustulă. Din momentul inoculării, zona este dureroasă, dar de îndată ce fistula sau pustula s-a format, aceasta cedează, ca și orice tulburare funcțională.

Toaleta locală și excizia flictenei reprezintă soluția terapeutică care conduce rapid la vindecare. Dacă succesiunea de manifestări amintite mai înainte nu este respectată și durerile și zona de inflamație persistă, este posibil ca flictena să fie în realitate expresia existenței unui panarițiu profund, care să se manifeste și printr-o leziune flictenulară.

PANARIȚIUL PERIUNGHIAL este forma frecventă — poate cea mai frecventă de panarițiu —, fiind datorat inoculării microbiene prin folosirea unor instrumente nesterile pentru îngrijirea unghiilor. Deși este un panarițiu superficial, el pune, atît din punct de vedere evolutiv, cît și terapeutic, probleme mai delicate, putîndu-se solda cu pierderea unghiei.

Atenție, deci, la îngrijirea unghiilor și la instrumentele pe care le folosiți!

Aspectul inițial obișnuit este al unei flictene care se transformă rapid în pustulă, dezvoltată periunghial, acesta putînd fi însă un aspect înșelător, deoarece infecția care ia naștere prin inoculare, de o parte și de alta a unghiei, are tendința de a difuza și sub baza acesteia, decolîndu-se de la bază către vîrf. Acest proces evolutiv este acompaniat de o durere vie, însoțită local de toate semnele inflamatorii, care însă cedează rapid, de îndată ce puroiul acumulat peri- sau subunghial se evacuează.

Excizia pustulei și evacuarea puroiului este suficientă pentru a pune capăt manifestărilor inflamatorii în cazurile necomplicate. Adesea, însă, nu este identificată de la început propagarea controlaterală sau subunghială a puroiului și aceasta conduce, implicit, la cronicizarea procesului, manifestată printr-o secreție trenantă sero-purulentă, ce se scurge de o parte și alta a unghiei, însoțindu-se de roșeața violacee a tegumentului înconjurător, cu mobilizarea bazei unghiei și, în final, cu eliminarea acesteia.

Prelungirea procesului supurativ periunghial este marcată de formarea între tegumentul care mărginește unghia și fanera respectivă a unor muguri cărnoși, care sîngerează cu ușurință și care nu dispar decît odată cu asanarea completă a procesului supurativ, care se obține prin ablația (îndepărtarea) segmentului unghial afectat, dezlipit din patul său și sub care stagnează puroiul. Cu o bună anestezie obținută prin infiltrația circulară la baza degetului, această operațiune se poate face cu instrumente potrivite, complet exsang, vindecarea obținîndu-se în 2—3 zile.

PANARIȚIUL SUBUNGHIAL este urmarea inoculării directe, prin pătrunderea subunghială a unui corp străin sau prin decolarea traumatică a unghiei, situație în care puroiul se colectează într-un spațiu extrem de restrîns, situat între unghie și derm, de unde poate difuza cu ușurință către pulpa degetului și către os. Clinic domină durerile spontane cu senzația pulsatilă în vîrful degetului și roșeață difuză, complet asemănătoare panarițiilor profunde.

PANARIȚIUL PROFUND SAU SUBCUTANAT afectează structurile degetelor pe fața lor palmară. Reprezintă pe ansamblu, după statistică personală, marea majoritate a infecțiilor degetelor, în marea lor măsură produse ca urmare a unor plăgi înțepate și neîngrijite sau îngrijite în mod necorespunzător, la nivelul pulpei policelui și indexului, degetele cele mai expuse traumatismelor în procesul muncii. Dezvoltarea procesului septic se face într-o structură fibroadipoasă, care nu se lasă des-

tinsă, din care cauză durerile sînt de la început violente, degetul se tumefiază și mișcarea lui devine penibilă. Adesea, procesul purulent se formează profund în pulpă, exteriorizîndu-se fals la tegument printr-o mică colecție de puroi, constituind așa-zisul abces „în buton de cămașă". Este de la sine înțeles că numai evacuarea abcesului superficial nu va duce la vindecare ci, dimpotrivă, va favoriza fuzarea procesului către profunzime, cu afectare osoasă sau osteoarticulară. Ajuns în această fază, este puțin probabil, cu orice tratament, ca bolnavul să se poată vindeca fără sechelă funcțională.

Tratamentul corect constă într-o incizie longitudinală mediană sau laterală, axată pe centrul leziunii, o incizie suficient de largă pentru a permite efectuarea unei toalete corecte a plăgii, eventual o adevărată necrectomie (îndepărtarea țesuturilor necrozate). Panarițiul subcutanat este leziunea tipică în care așa-zisul „vîrf de bisturiu" nu poate da decît rezultate proaste, care implică intervenții iterative ce se termină adeseori, în final, cu sechelă funcțională gravă sau chiar cu dezarticulație de falangă.

Situarea panarițiului subcutant pe segmentul median sau proximal al degetelor, pe lîngă semnele inflamatorii obișnuite, se poate recunoaște și după atitudinea antalgică (care împiedică sau îndepărtează durerea) a degetului, atitudini în flexie, „în croșet" cu extensie imposibilă.

Situarea procesului septic pe segmentul bazal al degetelor are tendința, în cazul expectativei prelungite sau a unui tratament neadecvat, să difuzeze către spațiile comisurale vecine și către fața dorsală a mîinii, ceea ce implică o terapeutică mult mai complexă, pendinte de chirurgia mîinii.

Indiferent de localizarea sa topografică, panarițiul subcutanat — în lipsa unui tratament corect și de timpuriu aplicat — poate afecta osul, articulațiile interfalangiene, după cum poate difuza în tecile sinoviale ale degetelor, eventualitate gravă, datorită leziunilor iremediabile ale aparatului tendinos, ca și prin riscul de însămînțare septică a spațiilor celulare palmare, prin cedarea fundului de sac proximal al tecii.

Afectarea tecii sinoviale se traduce prin dureri intense și provocate prin palpare în lungul ei. Degetul este în semiflexie, poziție antalgica datorată distensiei tecii, care dispare de îndată ce fundul de sac proximal cedează și puroiul difuzează către spațiul palmar. Este situația în care incizia sau inciziile necesare asanării focarului septic vor deschide și teaca sinovială, și spațiul palmar respectiv, situație în care leziunile sechelare nu pot fi evitate.

Această succintă prezentare a diferitelor forme de supurații ale degetelor nu are, desigur, deloc pretenția de a fi exhaustivă. Cuprinde însă suficiente date care să atragă atenția că o simplă înțepătură de ac poate fi suficientă pentru a declanșa o suită de complicații care devin din ce în ce mai grave, cu cît prezentarea la medic este întîrziată sau cu cît terapeutica aplicată nu este corespunzătoare.

Prin numărul mare de panariții și prin numărul mare de zile de spitalizare pe care le necesită — uneori pînă la 90 de zile — prin sechelele sau invaliditățile cu care se pot solda, aceste supurații ale degetelor capătă un aspect și un interes economico-social.

Este poate util de reamintit aici că tratamentul cu substanțe antimicrobiene nu poate ajuta cu nimic la vindecarea panarițiului și că aforismul „singura substanță antimicrobiană eficace într-o colecție purulentă este bisturiul" își găsește, în cazul panarițiilor, o deplină justificare.

Este psihicul feminin o enigmă?

Conf. dr. **Octav I. Băltăceanu**
I.M.-TIMIȘOARA

Creierul uman, ca suport material al psihismului, are o structură anatomică și legi funcționale fundamentale relativ uniforme. Acesta constituie startul genetico-biologic al psihogenezei tuturor indivizilor.

Aceste premise genetice însă, singure, nu sînt capabile de a „elabora" psihic, dacă nu sînt „fecundate" (stimulate și susținute în dinamismul lor structural) de către incitațiile mediului exterior (fizic și social), în cadrul unor parametri de timp și spațiu.

Rezultă de aici că miliardele de celule cerebrale cu formidabila lor complezanță în receptivitatea, plasticitatea, maleabilitatea, mobilitatea și fluiditatea lor funcțională, toate aceste facilități întru geneza imanentă a psihismului sînt validate ca atare numai prin amorsarea lor la torentele de incitații din mediul extern (mediul fizic, mediul social: istorie, obiceiuri, datini, credințe, structuri socio-economico-culturale).

În acest sens nu e de mirare că de la relativa uniformitate a potențialităților genetico-biologice se ajunge, pe căi diferite, la o diversitate structural psihologică infinită, fiecare individ putînd deveni un unicat de personalitate psiho-comportamentală.

Dar această concepție largă și dialectică s-a cristalizat abia de curînd și doar în mediile de specialitate.

Pînă nu demult, în cadrul strîmt al celulei sociale — familia —, în care se izola individualismul patriarhal, individualitățile, particularitățile psihice nu erau sesizate ca atare decît în cadrul „conflictelor între generații", care deal-tfel erau înțelese și acceptate în virtutea experienței trăite de generația mai vîrstnică.

Mai greu de înțeles, adesea contrariante, au fost pentru omul de rînd diferendele psihologice cu tovarășul său de viață — femeia —, cu care se considera „contopit" psihologic prin dragoste, prin traiul în comun, sub același acoperămînt, prin angajarea în aceleași aspirații etc. etc.

Din această derută stupefiantă au emanat și unele zicale, expresie a ignoranței malițioase la adresa femeii: „La donna e mobile!" „Varia et mutabile semper femina!" etc.

În același sens este semnificativ faptul că pînă și Freud, eminentul psiholog-psihiatru, care și-a întemeiat concepția și metoda sa în domeniul psihopatologiei tocmai pe sondarea abisurilor inconștientului, la sfîrșitul vieții sale nu a putut spune altceva decît că: „Marea întrebare la care nu s-a răspuns niciodată și la care nu am fost în stare nici eu să dau un răspuns, după 30 de ani de studiu, este sufletul feminin".

De ce sufletul femeii și nu al bărbatului?... Are femeia un statut aparte în particularitățile de trăire și exprimare psihică?... Da!...

1. Se știe că încă de la concepția fetală intrauterină toate celulele organismului, inclusiv ultima celulă cerebrală, sînt marcate sexual de gonozomii XX la femeie (XY la bărbat), ceea ce condiționează sensibilitatea și receptivitatea specifică și diferențiată la hormonii steroizi feminini, chiar și la diluții de 1/1 miliard.

Aceste picograme de hormoni sînt în stare să modifice în mod specific biochimia, excitabilitatea, mobilitatea fiziologică a neuronului și, odată cu acestea, și disponibilitățile de manifestare pe plan psihic.

În plus, încă din prima copilărie socialul își implică acțiunea din plin în sensul că jucăriile, îmbrăcămintea fetiței etc. departajează, direcționează și propulsează psihologia de sex, cu toate consecințele acesteia. Astfel se explică personalitatea de sex în psihogenie, psihologie, psihopatologie.

În consecință se apreciază ca trăsături particulare ale psihicului feminin: o imaginație bogată, sensibilitate deosebită, răbdare, capacitate remarcabilă de a asculta și a simplifica; predominanța vieții vegetative, facilitate verbală, memorie, sensibilitate subiectivă, inteligență afectiv-intuitivă, dexteritate; prevalența

sentimentelor estetice cu tendință de materializare în ea, pe ea și în mediul său, frumosul avînd strînse relațiile cu sexul feminin.

Dar toate aceste aspecte nu au închietat, n-au contrariat pe nimeni, ci din contră, ele au constituit punctele nodale ale atracției feminine.

2. Ceea ce a tulburat însă întotdeauna spiritele celor care nu cunoșteau legile fundamentale biologice ale feminității (inclusiv cele psihologice) a fost inconstanța, variația, fluctuația surprinzătoare și derutantă.

În acest sens, se cunosc tulburările psihice ale femeii în legătură cu episoadele marilor evenimente fiziologice ale sale, ca pubertatea, sarcina, nașterea, alăptarea, menopauza, în cadrul cărora, profundele modificări neurovegetative, inflația sau carența hormonală, surescitarea sau bulversarea metabolismelor oferă o explicație, dacă nu pe deplin înțeleasă, cel puțin acceptată ca atare din respectul față de femeia aflată în aceste posturi speciale și excepționale.

Astfel, se consideră că o cincime dintre femeile cu o naștere normală prezintă cel puțin o perturbare psihică în timpul sarcinii sau în anul următor sarcinii, printre care se semnalează: anxietatea, pesimismul, resentimentele, egocentrismul, psihozele depresive și chiar scăderi tranzitorii ale indicelui de inteligență.

La menopauză, răsturnarea *feed-back*-urilor hormonal-glandulare, dizarmonizarea metabolismelor, confruntarea cu frustrarea declinului biologic, dependența sau izolarea familială, perspectiva inutilității, a sfîrșitului, toate aceste aspecte fac ca unele femei să se considere falimentare biologic și social — momente de mare introspecțiune psihizantă.

În această postură ies la iveală unele latențe de fond psihologic, ca:

– *tulburări de caracter:* activitate debordantă, urmată de depresiune pînă la tristețe profundă; cochetărie neadecvată în contrast cu rezervele deteriorate de seducție; etalarea bogăției, angajarea în preocupări artistice, ideologice; conflicte conjugale neașteptate, cu tentativă iluzorie de refacere a vieții;

— *tulburări psihotice active:* iritabilitate, agitație, hiperactivitate; delir de gelozie, erotomanie, revendicări; delir de exaltare mistico-religioasă, toate cu tendință paranoică;

— *tulburări psihotice pasive:* astenie, insomnie, tristețe, idei de culpabilitate, melancolie anxioasă, autoliză.

3. Dar marea aventură în depistarea enigmei psihicului feminin începe de-abia acum să găsească căi revelatoare.

Dacă manifestările psihice, mai curioase, din sarcină, naștere, menopauză, sînt evenimente rare în viața femeii și acceptate ca ceva din afara voinței directe a acesteia, nu același lucru se întîmplă cînd femeia este în deplinătatea potențelor sale biologice (fizice și psihice), cînd, aparent, nu ar avea nici un motiv pentru a-și demonstra „capriciile", „animozitățile", „resentimentele", tot atîtea motive de tensiune cu sine însăși, cu familia sau la locul de muncă.

Cu toată aparența de uniformitate în evoluția biologico-fiziologică a femeii, în realitate ea prezintă semnificative fluctuații neuro-endocrino-metabolice, care eșafodează ciclul catamenial, adică pregătirea organismului în decurs de 28 de zile, în vederea recepționării unei sarcini. În caz că aceasta nu a avut loc, întreg eșafodajul amintit se prăbușește, finalizîndu-se prin eliminarea ovulului nefecundat, odată cu hemoragia uterină-menstruație. Urmează apoi o reciclare a fenomenelor progestative.

Deci, în cadrul ciclului catamenial (de 28 de zile) se întîmplă în întreg organismul femeii, inclusiv în sistemul său nervos (și cu deosebire la acest nivel), o serie de modificări care, privite în ansamblu, prezintă oscilații evidente tot la 7 zile interval; un fel de „crize" fiziologice de prăbușire și de refacere, în același timp, a unor constelații neuro-endocrino-metabolice, constelații dinamizate de strategia perpetuării speciei — pregătirea și repregăti-

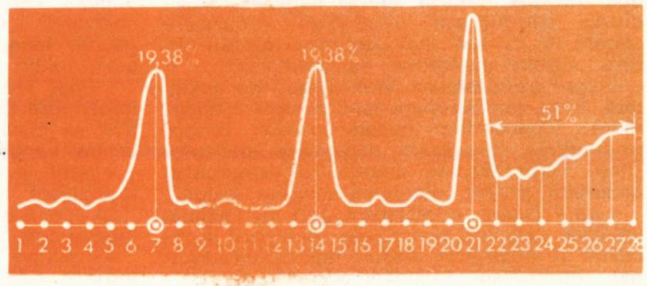


Fig. 1. — Morbiditatea generală.

rea ciclică a organismului pentru o eventuală sarcină. Este vorba de un *bioritm* propriu femeii genito-hormonale active.

Că acest bioritm este o realitate, se poate deduce şi din faptul că întreaqa patologie viscerală (abdominodigestivă), cardiovasculară, renourinară, reumatismală etc., cu care femeia se adresează consultului medical, debutează într-un mod izbitor de consecvent într-una din zilele „criză" ale ciclului catamenial (ziua a 7-a, a 14-a, a 21—28-a) (fig. 1).

Dar dacă aceasta este implicaţia bioritmului în patologia generală viscerală, care este situaţia în domeniul psihicului feminin?

Încă de mai mult timp unii clinicieni-observatori, pe colectivităţi de şcolăriţe, muncitoare, delincvente detenţionate, au observat modificări semnificative în viaţa lor psihică în legătură cu menstruaţia, şi anume: absenteism, indisciplină, variaţii de randament, diverse delicte, agresivităţi, sinucideri şi chiar crime.

În realitate aceste aspecte nu sînt în legătură cu menstruaţia, ci cu zilele criză ale ciclului menstrual.

Un exemplu cît se poate de elocvent îl oferă incidenţa tentativelor de suicid pe calendaristica ciclului catamenial la femeile internate de urgenţă într-o clinică medicală, pe un interval de doi ani.

Se poate observa şi în această figură secvenţa ciclică (ziua a 7-a, a 14-a, a 21-28-a a ciclului) cu care femeia genito-hormonală activă „derapează" psihic (fig. 2).

Se pune o ultimă întrebare: putem să ne aşteptăm din partea oricărei femei şi la orice surpriză din partea acesteia? Răspunsul este şi da, şi nu.

Marea masă de femei ascund sau disimulează o serie de indispoziţii-suferinţe, acceptînd cu înţelegere deplină inplacabilul menirii lor biologice — ciclul catamenial pregătitor al maternităţii.

Există însă şi alte femei care, considerate în general „normale", pot în anumite circumstanţe conjuncturale (biologice, în primul rînd — ciclul catamenial) să întreacă limita consensului general şi convenţional în materie de comportament psihologic.

Aceasta dacă acceptăm că „normalul" are un evantai, o gamă largă de exprimare şi că

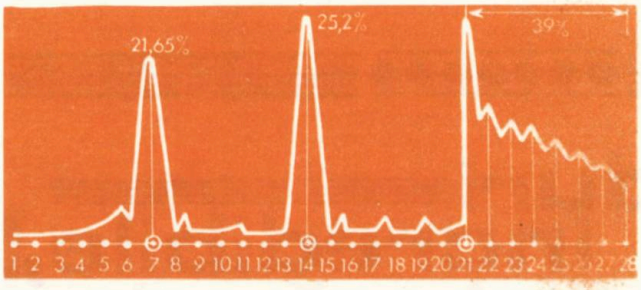


Fig. 2. — Tentative de suicid (100 de cazuri).

psihicul oscilează între limitele extreme ale acestui „normal". În această situaţie putem vorbi de existenţa unor structuri psihologice „dizarmonice", cu tendinţe derapante spre limite „paranormale"...

Aceste structuri „dizarmonice", „paranormale", sînt consemnate în următoarele tipuri:

- *tipul excitabil exploziv:* poate face puseuri de voluntarism, de dominaţie, insolenţă, ranchiună, răzbunare, agresivitate, scurtcircuitări primitive violente, urmate de căinţă, politeţe excesivă;

- *tipul instabil:* cu puseuri de fantezie bogată, reacţii emoţionale, curiozitate, nerăbdare în satisfacţia imediată; demoralizare facilă; influenţabilă de către anturaj, alunecînd uşor în bănuieli, minciuni, vagabondaj, adulter, furt, alcoolism;

- *tipul astenic:* poate face puseuri de sensibilitate, impresionabilitate, fugă de zgomot, de asprime-brutalitate, izolare, contact uman re-

dus, răceală afectivă, emoții negative, slăbiciune, iritabilitate, plictiseală, recurgere ușoară la „nu pot", neîndemînare, mișcări obtuze, vorbire monotonă, epuizare fizică;

- *tipul psihoastenic:* face puseuri de anxietate, frică, impresionabilitate, obsesii, nesiguranță, hipocondrie, depersonalizare, izolare existențială, derealizare, pedanterie, meticulozitate, scrupulozitate, autocontrol exagerat al acțiunilor proprii, pierderea simțului realului;

- *tipul isteric:* caracterizat prin instabilitate ideativă, pozeură, teatralitate, recurgere la reclamă cu orice preț, atașare față de extraordinar, sensibilitate la laudă și sugestie; capriciozitate, egoism, reacții exagerate psihomotorii în fața situațiilor dificile (mai ales în public), abordarea minimei rezistențe cu recurgere la minciună, denunțare, derapări în frigiditate sau aberații sexuale;

- *tipul timic euforic:* puseuri de exuberanță, sociabilitate, flecăreală, lăudăroșenie, tendință la glumă, neastîmpăr, activitate, inițiativă (știe și poate totul), nepăsare față de viață, inconsecvență, superficialitate, ineficacitate, tulburarea ordinei și disciplinei, evaziuni alcoolice, vagabondaj, adulter;

- *tipul timic depresiv:* puseuri de sensibilitate la situații tragice, posomoreală („li s-au înecat corăbiile"), înăcreală, pesimism, tendință la filozofare asupra contrarietăților vieții, orgoliu, rănire în amorul propriu, marcarea tristeței prin hiperactivitate, alunecarea în etilism sau în idei negre de sinucidere;

- *tipul paranoid:* face puseuri de orgoliu excesiv, nejustificat, judecată rigidă falsă despre oameni, care sînt cu toții „nerecunoscători", „perverși", „răi", momente revendicative, de ceartă, tendință la reclamații, fanatism religios, politic, social, tendințe agresive la crimă;

- *tipul impulsiv:* cu puseuri de necesitate imperioasă de satisfacere a unor nevoi primitive, ca minciuna, risipa, denunțul, furtul, etilismul, vagabondajul, incendiere etc.;

- *tipul pervers sexual:* crize de frigiditate, lesbianism, transsexualism, fetișism etc.

În concluzie, putem deconspira enigma psihicului feminin prin:

— recunoașterea unei departajări inițiale sexuale în întreaga sa biologie și în special în axul neuro-endocrino-metabolic;

— recunoașterea caracterului fluxionar al dinamismului său biologic, cu acuități legate de marile sale evenimente fiziologice — sarcina, nașterea, lăuzia-lactația, menopauza;

— recunoașterea aceluiași dinamism biologic fluxionar și în cadrul obișnuitului și banalului ciclu catamenial, bioritmul femeii genito-hormonal active putînd deborda astfel unele latențe de tipologie psihologică paranormală.

Cunoscînd aceste realități, mecanismele lor de producere, putem demistifica și înțelege mai pe deplin caracterele particulare ale psihicului feminin; putem, în același timp, formula stratageme mai adecvate în ocolirea sau confruntarea cu unele acuități tensionale psihologice ale femeii.

Recorduri incredibile, dar adevărate!

— In epoca preanesteziei, din cauza durerilor mari pe care trebuiau să le suporte bolnavii „pe viu", chirurgii se întreceau în operații cît mai rapide. Cea mai bună performanță a fost realizată de chirurgul Robert Liston (1794-1847) din Edinburgh (Scoția), care a amputat piciorul unui pacient în... 33 de secunde!

— Temperaturile maxime și minime înregistrate în corpul uman au fost de 46 și respectiv 16,5 grade Celsius.

La 9 ianuarie 1934 a fost internat, la un spital din Londra, Cristhopher Legge. Cînd i s-a măsurat temperatura, termometrul a indicat 45,5 grade! La 21 ianuarie 1956, a fost internată, într-un spital din Marshalltows (S.U.A.), Vickie Mary Daris, a cărei temperatură era de 17 grade! A revenit la temperatura normală (36,5) după 12 ore de tratament.

— O echipă de chirurgi de la spitalul Moffitt din San Francisco a operat o tînără femeie în greutate de 172 kg, reușind să extirpeze o tu-

moare ovariană uriașă, cîntărind 90 kg. La ieșirea din spital pacienta avea o greutate de 82 kg. Se consideră că această tumoare este cea mai mare din istoria medicinii.

— Un record original îl deține americanul Charles Osborne din statul Iowa. Acesta a început să sughită în anul 1922 și a sughițat, continuu, pînă în 1980 (deci 58 de ani!), cînd a murit, în vîrstă de 85 de ani. Peste o sută de medici vestiți din întreaga lume l-au consultat, dar n-au reușit să găsească leac maladiei de care suferea. Au fost prescrise tot felul de medicații, de la exploziile de petarde, pînă la introducerea apei pe nas. Medicii au putut stabili numai cauza, și anume, formarea, în interiorul esofagului, a unui „buzunar" în care se depozitau alimentele.

— Maria Brendgens, din R.F.G., în vîrstă de 41 de ani, suferea de mulți ani de colici hepatice. La operație i s-au descoperit nu mai puțin de 2 948 de calculi biliari, majoritatea avînd mărimea unui mic bob de mazăre. I-a trebuit peste o oră și jumătate pentru a le număra.

— În istoria medicinii, numele lui James Henry Brett jr., din Houston, Texas (S.U.A.), este alăturat unui record neegalat încă. Născut la 25 iulie 1849 și mort la 10 februarie 1961, el a suferit o operație la articulația șoldului la vîrsta de 111 ani și 105 zile (7 noiembrie 1960), operație pe care a suportat-o cu bine.

— Karolina Karsson, născută în anul 1862 în Monsteras (Suedia), a stat în comă, după o intervenție chirurgicală, 32 de ani și 99 de zile. Revenindu-și, a mai trăit 42 de ani, ajungînd la vîrsta de 88 ani.

— Elaine Esposito din S.U.A. a fost operată la 5 august 1941 de apendicită, dar și-a revenit de pe urma anesteziei după.... 6 ani!

— Doamna Noemi Mignot din Cherbourg, care a fost pensionată în anul 1921 din cauza sănătății ei foarte precare, a trăit pînă la vîrsta de 106 ani.

— Maria Schubert din Viena a stat într-un spital din capitala Austriei vreme de 65 de ani. La vîrsta de 12 ani s-a îmbolnăvit de o inflamație a măduvei oaselor piciorului drept. După 6 ani, i-a fost amputat piciorul, după care n-a mai părăsit spitalul pînă la moarte.

Culese și selectate de:
MIHAI BURDUJA ȘI AVRAM D. TUDOSIE

MIC DICȚIONAR GASTRONOMIC

Bufet-expres = masă... la botul calului.

Cafea cu lapte = lapte... bej.

Cuș-cuș = șpan de... macaroane.

Gem = fructe în suferință.

Ghiveci călugăresc = legume... smerite.

Porumb fiert = mămăligă... boabe.

Pui de baltă = diviziunea comestibilă... a broaștei.

Vată de zahăr = pansament comestibil.

Zahăr pudră = făină dulce.

D.C. MAZILU

de-ale gurii

(Monoverb eliptic

anagramat: (4), 7 = 10)

ADAM STOICA

ANATOMICĂ I

(Biverb: 6,8)

NALPI[R]

ADAM STOICA

ANATOMICĂ II

(Metagramă anagramată: XXXXVXXX—XXXXXXDX)

ADAM STOICA

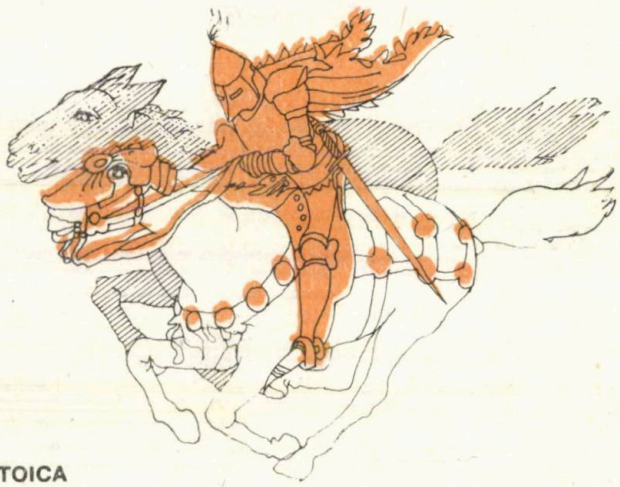
BALNEO

(Monoverb eliptic

anagramat: 6, 2, (4) = 11)

ADAM STOICA

la ceafă



(Rebo eliptic

anagramat: (7) + 3 = 9)

ADAM STOICA

Carte de vizită

(5, 9; 6)

Dr. NICOLAE MOGA-BOGOLEV

ADAM STOICA

COSMETICĂ
e bine să ştim...

ÎNTREBĂRI ŞI RĂSPUNSURI

ŞTIŢI SĂ PUNEŢI DIAGNOSTICUL PIELII DV.?

În vederea unei îngrijiri cosmetice corecte este neapărat necesar să ne cunoaştem tipul de piele, în funcţie de care ne vom alege şi produsele cosmetice adecvate.

În acest scop avem nevoie de o foiţă de hîrtie, un creion dermatograf şi o oglindă. Cum procedăm? Îndepărtăm urmele de fard, spălăm apoi faţa cu o loţiune floral, iar după circa 3 ore aplicăm foiţa de hîrtie pe faţă, apăsînd uşor. Prezenţa unor pete de grăsime ne indică un ten gras, iar lipsa lor denotă o piele uscată. Dacă petele apar numai în dreptul nasului, a bărbiei sau a frunţii, este vorba de un ten mixt. *Un alt procedeu prevede trasarea unor linii cu partea neascuţită a unui creion dermatograf. Ce constatăm? Dacă apare o linie roşie (vasodilataţie) – ten gras, o linie albă (vascconstricţie) — ten uscat. Tenul normal nu prezintă nici una din reacţiile menţionate.*

Între aceste trei categorii există şi tipuri de piele care reprezintă stări intermediare, cu tendinţă spre gras sau uscat.

ALEGEREA PRODUSELOR COSMETICE O FACEŢI LA ÎNTÎMPLARE SAU DUPĂ ANUMITE CRITERII?

Înainte de orice indicaţii trebuie să ştim că produsele cosmetice folosite de altcineva nu ni se potrivesc totdeauna, deoarece fiecare are caracteristicile sale, de care trebuie să ţinem seama, pentru a nu comite greşeli, uneori fiind necesară chiar testarea produselor, indiferent dacă e vorba de o cremă sau de o vopsea de păr.

Cum efectuăm testul? Aplicăm puţin produs după ureche sau în pliul cotului. Dacă pielea se irită înseamnă că acesta ne este contraindicat.

O precizare: *atît diagnosticul pielii cît şi testarea produselor cosmetice nu sînt operaţiuni ce se fac odată pentru totdeauna. Ele trebuie repetate la anumite intervale, deoarece cu trecerea anilor intervin schimbări în aspectul pielii şi, de cele mai multe ori, un ten gras devine uscat. Cum ne alegem crema? Pentru ca o cremă să fie eficientă trebuie neapărat aleasă în raport cu natura tenului. Este de la sine înţeles că aplicarea unei creme grase pe un ten seboreic poate duce la apariţia punctelor negre, a pustulelor acneice, după cum este de asemenea greşit să folosim creme destinate tenului gras, pe o piele uscată.*

Pudra convine bine tenului gras, absorbind excesul de sebum. Poate fi folosită şi în cazul tenului uscat, cu condiţia ca pielea să fie unsă în prealabil cu o cremă. Pudra nu trebuie să fie prea sicativă; acest neajuns se remediază cu un adaos de 1% lanolină.

V-AŢI PREOCUPAT DE STABILIREA UNEI SCHEME DE TRATAMENT COSMETIC?

Cea mai elementară îngrijire începe cu demachierea feţei seara şi dimineaţa.

Pentru spălarea obrazului se va folosi apă de la temperatura camerei, mai ales în cazul tenului uscat, cînd apa prea rece duce la accentuarea uscăciunii. Cea mai indicată este

apa de ploaie care, nefiind calcaroasă, nu modifică aciditatea normală a pielii, păstrîndu-i catifelarea. Apa obișnuită calcaroasă poate fi înmuiată prin adaos de bicarbonat de sodiu (o linguriță la 1 l apă).

Dacă obișnuim să folosim săpunul, acesta va fi ales în funcție de natura și sensibilitatea pielii. În cazul tenului uscat se va evita folosirea acestuia.

Demachierea va fi urmată de loționarea obrazului cu o loțiune floral, urmată de aplicarea unei creme hrănitoare.

În cazul tenurilor atone, ofilite, se va folosi o loțiune tonică, apoi ungerea pielii cu cremă și efectuarea unui masaj timp de 5 minute.

Dacă tenul este gras, crema hrănitoare se va aplica seara numai în jurul ochilor, iar dimineața o cremă hidratantă de zi.

O dată pe săptămînă se recomandă folosirea unei măști cosmetice cu produse naturale, legume, fructe, miere de albine, lăptișor de matcă.

O dată pe lună este indicată o ședință de curățire în profunzime a tenului, la un institut cosmetic.

CUNOAȘTEȚI EFECTELE NEFAVORABILE ALE TUTUNULUI ASUPRA TENULUI?

Una din cauzele îmbătrînirii tenului este atribuită și excesului de tutun. Intoxicația cu nicotină acționează negativ asupra fibrelor elastice ale dermului, iar fumul de țigară obligă fumătorii la o mimică nefirească.

Se mai pot menționa și alte urmări ale fumatului, ca: subțierea pielii obrazului, aceasta pierzîndu-și, în mare măsură, calitatea ei principală, aceea de apărare împotriva agenților

externi; sclerozarea lentă a vaselor sanguine; reducerea sau atrofierea glandelor sebacee și sudoripare; degradarea fibrelor elastice.

În general, pielea fumătorilor devine uscată, deshidratată, fără strălucire, colorată spre gălbui sau brun-cenușiu.

S-a observat, de asemenea, că la fumătoare părul de pe față este mai abundent decît în mod normal, iar cuperoza (afecțiune caracterizată prin tulburări de circulație la față, în special pe nas, frunte și obraji) este destul de frecventă.

Farm. LUDMILA COSMOVICI
Farm. L. ZISU

Shakespeare și... medicina

„OTHELLO"

— Creol?
— Nu! Raze violete, dimineața, pe plajă!

„HAMLET"

— Du-te la mănăstire, Ofelia...
— Păi toți cei de acolo umblă cu vrăji. Mai bine merg la dispensar, unde este personal medical calificat!

„MĂSURĂ PENTRU MĂSURĂ"

— Ce am, doctore?
— Apendicită.
— Mi-o scoateți?
— Dacă întîi scoți dumneata...

„MULT ZGOMOT PENTRU NIMIC"

— Ați chemat degeaba Salvarea...
— Cum degeaba? Gigel are de desenat, pentru la școală, o targă și nu știe cum arată!

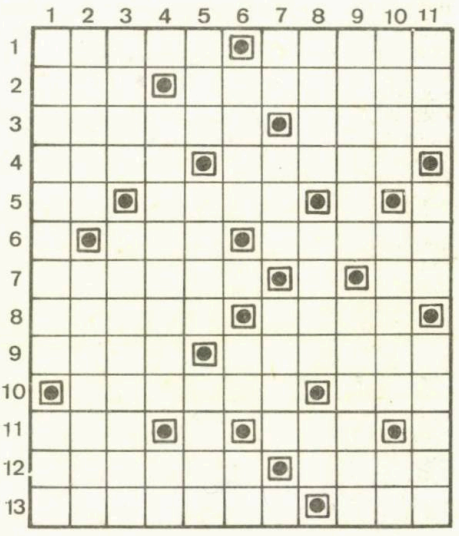
„NEVESTELE VESELE DIN WINDSOR"

— Pentru ce rîdeți în hohote, femeilor?
— Să vadă toată lumea ce danturi sănătoase avem!

V.D. Popa

FRUMUSEȚEA

o preocupare mereu actuală



ORIZONTAL: 1. Frumusețe... fără brațe (mit.) — Petrecere frumoasă! 2. Munte în Togo — Compozitor rus (1833—1887), autorul barcarolei „Frumoasa pescăriță" (A.P.). 3. Autorul melodiei „Frumos ești, București" (Radu) — Porțiuni dintr-o întindere. 4. Brumă (reg.) — Zeiță care a obținut de la Zeus ca Endymion să-și păstreze frumusețea într-un somn veșnic (mit.). 5. Indică direcția — Salcim (reg.). 6. Alt nume al zeului egiptean Ptah (mit.) — Poet român (1875—1913), autorul poeziei „Frumoasa Irină" (Șt. O.). 7. Umil — Ușier. 8. A croncăni — Podoaba lui Saturn. 9. De neasemuit — Farmec personal. 10. Învățăcel — Receptorul miresmelor. 11. „...cei mai frumoși", povestire de Octav Pancu-Iași (neart.) — Măsuri de suprafață. 12. Păstor de o frumusețe răpitoare (mit.). — Documente. 13. Un gest frumos — Capabil.

VERTICAL: 1. Autorul (1903—1960) melodiei „E minunat, e-ncintător" (Ion) — Eroina nuvelei „Frumusețe" de Șerban Nedelcu. 2. Frumoasa răpită de Paris (mit.) — De toată frumusețea. 3. Grații — Bucurie mare. 4. Frumoasa florentină imortalizată de Dante în versurile sale — Pocnit la mijloc! 5. Ued în Algeria — „... lui Făt Frumos", povestire de Călin Gruia — Zeiță egipteană (mit.). 6. Oraș în Spania — Capul girafei! — Încă. 7. Urmare! — A apărea pe neașteptate — Riu în R. S. F. Iugoslavia. 8. Trandafir — A înfrumuseța — Capul lui Radu cel Frumos! 9. Tînăr foarte frumos — Nume de popor (fem.). 10. Coastă (reg.) — Eroina nuvelei „Fata din Frumușeni", de Nicolae Jianu — Titus Popovici. 11. Morfeu indigen — Sigla pentru Căile Ferate Române — Apreciază frumosul.

Cuvinte rare: ALU, INIE, FTA, SBA, NEIT, ONDA, IRCA.

ADAM STOICA

ÎN AJUTORUL TINERELOR CĂSĂTORITE

Cum pot fi păstrate calitățile nutritive ale mîncărurilor gătite

Omul, spre deosebire de celelalte viețuitoare, este singurul care folosește alimentele și sub formă de mîncăruri gătite. Descoperirea și utilizarea focului a constituit în istoria omenirii unul din momentele cruciale care au permis consolidarea și evoluția ființei umane pe trepte din ce în ce mai înalte de civilizație. Și nu numai prin posibilitatea făuririi de unelte tot mai perfecționate, cu care să stăpînească natura în folosul său, ci și prin trecerea la o hrană alcătuită din alimente supuse acțiunii binefăcătoare a energiei termice.

Pe lîngă îmbogățirea însușirilor de gust, arome și culori, care fac mai atrăgătoare mîncărurile preparate, gătitul acestora ușurează

digestia alimentelor prin îndepărtarea părților greu de mistuit, iritante, și înmuierea țesutului conjunctiv din produsele carnate și a materialului fibros din vegetale. Astfel penetrabilitatea sucurilor digestive în intimitatea alimentelor este mult ușurată, prin lichefierea și descompunerea lor, mai rapidă, în alimentele componente. Totodată se facilitează o digestie mai completă și o absorbție mai crescută de substanțe nutritive.

Dar nu numai atît. Energia termică, îndeosebi prin fierbere, omoară microbii cu care alimentele pot fi contaminate și, de asemenea, inactivează majoritatea toxinelor microbiene, precum și unele substanțe cu acțiune antinutritivă, aflate în anumite alimente (albușul de ou, pește etc.), dacă astfel de alimente n-ar fi supuse acțiunii temperaturii înalte.

Dar prelucrarea culinară a alimentelor are și unele inconveniente care pot reduce valoarea lor nutritivă.

Astfel, dacă se înlătură prea mult din frunzele de la suprafața unor vegetale (salată, varză), se poate pierde pînă la un sfert din caroten, care este provitamina A. De asemenea, curățirea adîncă a cartofilor duce la pierderea a circa 30% din vitamina C.

Este cunoscut faptul că anumite substanțe nutritive se dizolvă ușor în apă (unele glucide, sărurile minerale și vitaminele hidrosolubile, gen B_1, B_2, C, P etc.). De aceea, păstrarea unor alimente de origine vegetală (cartofi, salată, spanac, fructe) în apă, înainte de preparare, duce la dizolvarea și pierderea unor substanțe nutritive, dacă lichidul respectiv se aruncă. Acest proces este cu atît mai pronunțat, cu cît alimentele respective sînt fragmentate în bucăți mai mici și cu cît timpul de menținere a lor în apă este mai lung. Pierderile unor substanțe nutritive cresc și atunci cînd vegetalele se fierb o perioadă de timp mai îndelungată, tăiate în fragmente mici.

Folosirea unui volum redus de apă pentru fierbere și fierberea cu vapori (înăbușit), pe o durată scurtă, cu vegetale în bucăți mari și în coajă (de pildă, la cartofi), *împiedică pierderile* de substanțe nutritive hidrosolubile, limitîndu-le la numai 10—20%. În situații inverse se ajunge la o spoliere nutritivă de pînă la 35—70% în vitamina C și de 25—50% de elemente minerale alcaline (sodiu, potasiu, calciu, magneziu). De aceea, se recomandă insistent ca apa în care au fiert legumele să nu fie aruncată, ci folosită la prepararea unor pireuri, sosuri sau supe, căci aceasta conține o mare cantitate de substanțe nutritive dizolvate.

În privința pregătirii produselor carnate, acidifierea apei de fierbere, prin adăugarea de mici cantități de oțet, grăbind astfel coagularea prin căldură a proteinelor din straturile periferice, ridică proporția de substanțe nutritive reținute în produsul fiert.

Frigerea, coacerea ori fierberea înăbușită (acoperită) sau cu vapori fac ca peștele și carnea să mențină majoritatea componentelor pe care le conțineau înainte de a fi supuse acțiunii agentului termic. De aceea reputatul specialist nutriționist, prof. Iancu Gonțea, a recomandat aceste forme de pregătire culinară în alimentația copiilor și femeilor în perioada maternității.

Prepararea mîncărurilor poate avea ca efect nedorit și *degradarea* unor substanțe nutritive, nu numai pierderea lor.

Așa, de pildă, unele vitamine sînt puțin rezistente la temperaturi înalte (B_1, C), altele la acțiunea oxigenului (C, A, E). Astfel, s-a stabilit că legumele și fructele (cartofi, varză, roșii, ardei, ridichi, hrean, mere, pere etc.) curățate și tăiate în bucăți mici, în vederea pregătirii în mîncăruri sau salate, pierd, dacă se păstrează o oră în contact cu aerul, pînă la 30% din vitamina C.

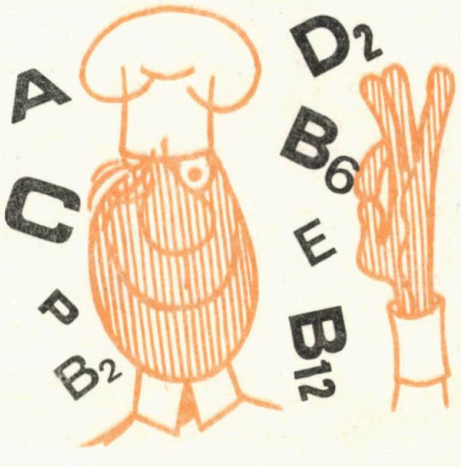
Supunerea alimentelor vegetale la temperaturi mai puțin ridicate (sub 100°C), dar pe perioade de timp mai lungi, favorizează pierderile de vitamina C. De aceea este indicată o fierbere mai scurtă, dar la o valoare termică ridicată (peste 100°C).

Prăjirea legumelor (cartofi, varză etc.) în grăsime se însoțește de o inactivare a 70—90% din vitamina C.

Reîncălzirea mîncărurilor duce la o pierdere suplimentară din vitamina C, rămasă după acțiunea termică inițială. Același efect nefavorabil îl are și păstrarea acestora la cald, pe plită.

Acidifierea, respectiv *alcalinizarea* alimentelor preparate, are efecte diferite asupra conservării valorii nutritive a acestora. Prima contribuie la păstrarea valorii (de aceea se recomandă a se adăuga și puțin oțet la salate sau la apa de fierbere), secunda, din contră, o scade prin inactivarea unor vitamine (B_1, C și B_2). De aici, totala contraindicație a utilizării bicarbonatului la gătitul mîncărurilor.

Un rol cert denutritiv îl are *supraîncălzirea.* Ea apare în cursul pregătirii unor alimente bogate în proteine (carne, pește, ouă, brînzeturi), prin asocierea lor cu făinoase în procedeul prăjirii (pané), care duce la inactivarea unor aminoacizi; în plus, crusta de la suprafața alimentelor împiedică pătrunderea sucurilor digestive, ceea ce are drept rezultat pierderea, prin fecale, a unor substanțe nutritive.



In încheiere, să revedem deci *mijloacele de prevenire sau de micşorare a pierderilor nutritive* în cursul pregătirii mîncărurilor:

- reducerea la minimum a contactului alimentelor cu oxigenul (aerul), înainte de prelucrarea termică;
- tăierea legumelor şi fructelor numai cu puţin timp înainte de consumare sau de supunerea la acţiunea agentului termic şi evitarea păstrării lor în apă înainte de preparare;
- introducerea treptată a alimentelor vegetale în apa deja clocotită pentru fierbere şi înlocuirea apei evaporate tot cu apă clocotită;
- fierberea la adăpost de aer (înăbuşit sau cu vapori), în vase acoperite cu capace adecvate;
- împiedicarea acţiunii unor catalizatori metalici (cupru, fier, mangan), favorizanţi ai degradării vitaminei C, prin folosirea de vase şi utilaje nedegradate (neciobite şi fără smalţ sărit), vasele de aluminiu fiind foarte recomandate în acest sens;
- fierberea în coajă sau curăţate a unor legume, dar în bucăţi mari;
- acidifierea lichidului de fierbere prin adăugarea de puţin oţet;
- utilizarea la supe, sosuri sau pireuri, a apei în care au fiert alimentele vegetale sau animale;
- curăţarea cît mai superficială a unor legume-tuberculi (cartofi) sau legume-frunze (salate, varză), precum şi mîncatul fructelor (mere, pere) necojite;
- compensarea pierderilor inevitabile în vitamine şi în alte elemente hidrosolubile sau nerezistente la căldură, pe de o parte, prin adăugarea la mîncăruri (cu puţin timp înainte de a fi consumate) de verdeţuri sau sucuri de legume proaspete, iar pe de altă parte, includerea în meniul zilnic de alimente crude (salate, fructe).

Respectînd acest „decalog" al unei alimentaţii raţionale, stabilit de profesorul Gonţea cu ani în urmă, vom beneficia cît mai mult de „comoara" nutritivă ascunsă în alimentele naturale, bucurîndu-ne de vigoare şi optimism în viaţă.

Dr. *Gheorghe-Eugeniu Bucur*
MEDIC PRIMAR,
CENTRUL SANITARO-ANTIEPIDEMIC, BUCUREŞTI

GHIŢĂ spiriduş

AFLĂ CĂ ASCARIZII SÎNT VIERMI PERICULOŞI

Prof. dr. *Virgil Nitzulescu*

Ghiţă Spiriduş este băiatul acela vioi şi foarte dezgheţat, despre care am scris anul trecut, cînd a avut o tenie şi a cerut explicaţii despre ea medicului. Iată-l acum din nou foarte îngrijorat. Cu o zi înainte a avut o surpriză foarte neplăcută. Aşa, ca din senin, a simţit o gîdilitură în fundul gîtului şi gura i s-a umplut cu un vierme mare, pe care l-a tras repede afară. Era un vierme cilindric, atenuat la cele două extremităţi. În primul rînd i l-a arătat tatălui său, care a rîs de el şi i-a spus: „N-ai nici o grijă. E un limbric. Care copil n-are limbrici? N-are nici o importanţă!"

Dar Ghiţă Spiriduş nu mai avusese ocazia să trăiască o asemenea întîmplare şi rămase nedumerit. Să fie oare adevărat că toţi copiii au limbrici? Şi să fie adevărat că aceşti viermi mari nu fac nici un rău acolo, în intestin? Şi, se mai întreba el, de ce îl scosese pe gură?

Cu aceste gînduri în minte s-a hotărît să se ducă la tovarăşul doctor, care îi dăduse şi anul trecut lămuriri şi sfaturi utile. Şi iată-l intrînd din nou pe poarta dispensarului medical. Doctorul tocmai îşi terminase consultaţiile şi stătea pe bancă, în curte. S-a bucurat cînd l-a văzut.

– Ce e cu tine, Spiriduş? – îl întrebă el – Ce te aduce din nou pe la mine?

– Mi s-a întîmplat un necaz, – răspunse Spiriduş. – Iată ce a ieşit ieri din mine – Şi îi arătă viermele pe care îl adusese într-un borcan.

După o scurtă privire, doctorul îi răspunse:

– E un limbric. Noi îi zicem „ascarid". Te-a trimis cu el la mine tatăl tău?

– Nu, – îi răspunse Spiriduș. – Tata a rîs și mi-a spus să n-am nici o grijă. Limbricii la copii n-au nici o importanță, că doar toții copiii au limbrici. Dar eu am vrut să vi-l arăt și dumneavoastră...

– Foarte rău ți-a spus tatăl tău, – îl întrerupse doctorul, vădit contrariat. – Nu e adevărat nici că toți copiii au limbrici și mai ales nici că acești viermi nu ar avea vreo importanță. Dimpotrivă, ascarizii sînt viermi foarte primejdioși. Uneori ei pot nu numai să tulbure sănătatea, dar chiar să pună și viața în primejdie.

Spiriduș se îngălbeni la față. Ca să-l liniștească, doctorul îl invită să ia loc pe bancă, lîngă dînsul, pentru a-l lămuri asupra pericolului pe care îl reprezintă ascarizii.

– În primul rînd, – îi spuse doctorul, – trebuie să te felicit că ai avut norocul să scapi așa de ușor de acest vierme a cărui prezență în intestinul tău nici nu o bănuiai. Cunosc multe cazuri în care asemenea viermi se elimină de la sine și de multe ori pe gură, așa cum s-a întîmplat în cazul tău. Iată cum se petrec lucrurile: limbricii sînt – ca să zic așa – viermi foarte neastîmpărați. Ei trăiesc în intestinul subțire, în acea parte a lui pe care noi o numim „jejun". Dar uneori, din cauze pe care nu le-aș putea preciza, îi apucă neastîmpărul. Atunci o iau din loc și pornesc să colinde în lungul intestinului, fie în sus, fie în jos. Dacă pornesc în jos, e bine. Ajung pînă în intestinul gros, de unde sînt eliminați odată cu materiile fecale sau pot ieși și de la sine, între scaune. Nimic rău. Dimpotrivă, ne aduc o avertizare și acela care a eliminat în acest fel un ascarid va lua toate măsurile pentru a constata dacă nu cumva mai are și alții, pentru a se debarasa de ei. Dar dacă limbricii o pornesc în sus, atunci e rău, căci pot surveni complicații dintre cele mai grave. Ei pot ajunge pînă la nivelul ficatului și pot pătrunde în canalul prin care se scurge fierea. În asemenea caz nu numai că împiedică scurgerea fierii, dar pot pătrunde și în interiorul ficatului unde, datorită vigorii lor, produc sfîșieri de țesuturi și mai introduc, odată cu ei, numeroși microbi care vor da naștere la un abces de ficat. Alteori ei nu se opresc la nivelul ficatului, ci trec prin stomac, pătrund în esofag și, urcînd prin canalul esofagian, te trezești cu ei în fundul gîtului, așa cum s-a întîmplat în cazul tău. În acest moment au două posibilități: fie că se îndreaptă către gură – și bine ai făcut că l-ai tras repede afară, ca să scapi de el –, fie că se introduc prin trahee și pătrund, în acest fel, în plămîni. Aici ei produc mari rupturi în țesutul pulmonar, care este așa de delicat, revărsări mari de sînge sau, și numai asfixie, fenomene care duc toate la moartea copilului respectiv.

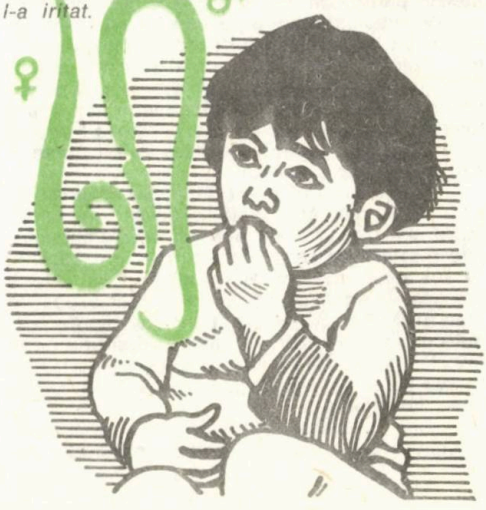
Chiar zilele trecute un coleg mi-a povestit un caz foarte impresionant, petrecut în spitalul lui. Îi venise în spital un copil cu o boală osoasă la un picior. I se făceau zilnic pansamentele necesare și boala mergea foarte bine, spre însănătoșire. Pe neașteptate însă, într-una din zile copilul a avut vărsături prin care a eliminat și un ascarid și apoi a murit. Părinții copilului, surprinși de acest deznodămînt neașteptat și trist, au cerut să se facă autopsia micului cadavru, pentru a se afla cauza morții. La autopsie s-a constatat că de fapt fuseseră doi limbrici care au provocat vărsături și care au luat calea rătăcirii, a „eratismului", cum îi zicem noi. Unul dintre ei a fost eliminat pe gură, dar celălalt a pătruns în aparatul respirator și a determinat moartea copilului prin asfixie. La autopsie s-a mai găsit însă și un număr de alți 25 de ascarizi în intestinul subțire.

Fără îndoială că această moarte neașteptată nu s-ar fi produs dacă medicul nu s-ar fi mărginit numai la tratamentul piciorului bolnav ci – între analizele care se fac în spitale bolnavilor internați – ar fi făcut și analiza coproparazitologică a materiilor fecale și, găsind ouăle de ascarizi, ar fi făcut copilului și un tratament antiparazitar.

Vădit impresionat de cele ce auzise, Spiriduș întrebă:

– Dar de ce dracu n-au rămas ascarizii acolo, în intestin, unde aveau hrană din belșug și unde ei nu făceau nici un rău?

– Aici n-ai dreptate! – îi răspunse doctorul. Nu e adevărat ca ei nu făceau nici un rău. Toți paraziții intestinali fac rău, pentru că toți aruncă în jurul lor otrăvuri care vor pătrunde în sîngele gazdei lor. Cînd sînt puțini, cîteodată unul singur, otrava lor este prea puțin resimțită de gazdă. Dar cînd sînt mulți, otrăvurile de la toți se adună și gazda poate suferi foarte serios din cauza lor. Toți cei care găzduiesc paraziți intestinali sînt intoxicați într-un grad mai mare sau mai mic. Desigur că și copilul de care ți-am vorbit suferise din pricina otrăvurilor celor 25 de ascarizi. El trebuie să fi avut un oarecare grad de anemie, lipsa poftei de mîncare, din cînd în cînd dureri abdominale, vărsături, anumite modificări ale sîngelui, care ar fi trebuit să atragă atenția. Dar boala foarte serioasă pe care a avut-o la picior a îndreptat toată atenția în direcția piciorului și celelalte semne de boală au fost neglijate. N-aș putea să-ți răspund însă de ce au luat-o razna cei doi ascarizi ai copilului, nici ascaridul tău. Probabil că ai mîncat ceva care l-a iritat.



— Am mîncat alaltăieri foarte mult usturoi... — întrerupse Spiriduș.

— S-ar putea ca asta să fi fost cauza. Pînă acum nu știm care sînt alimentele care nu le convin. Dar se pune problema dacă acest ascarid era singurul pe care îl aveai sau dacă există încă și alții care au rămas în intestin și care trebuie numaidecît tratați.

— Și cum putem ști asta?

— Prin analiza coproparazitologică. Adu-mi chiar mîine dimineață o cantitate mică de materii fecale, într-o cutiuță de plastic, din acelea în care se vînd în farmacii comprimate de medicamente. Voi ști din analiză dacă în afară de ascarizi nu ai și alte feluri de paraziți intestinali.

— Ce alte feluri, tovarășe doctor?

— De multe ori au venit la mine copii care erau parazitați nu numai de ascarizi, dar în același timp și de trichocefali, de oxiuri, precum și de panglica aceea mică numită *Hymenolepis nana*.

— Și ce o să faceți în cazul acesta?

— O să-i tratăm pe toți, dar nu deodată... Tratamentul trebuie început totdeauna cu ascarizii, pentru că acești paraziți pot să fie iritați de medicamentele pe care le administrăm împotriva altor specii parazitare și pot lua calea rătăcirii. Ascaridul poate fi iritat uneori chiar de medicamentele potrivite pentru eliminarea lui, dacă aceste medicamente sînt administrate în doze insuficiente pentru a-l omorî.

— Și ceilalți paraziți de care mi-ați pomenit sînt la fel de primejdioși?

— Fiecare din ei poate face rău organismului nostru, mai ales cînd se găsesc în număr mare, dar nici unul nu poate produce accidentele mortale pe care le poate cauza ascaridul. Îți voi vorbi mai pe larg și despre ei, dacă îi voi găsi la analiză. Adu-mi neapărat proba de materii fecale. Și pentru a nu mai pierde timpul cu căutarea cutiuței, iată, îți dau una de la mine! — și doctorul intră în dispensar și se întoarse cu o cutiuță de plastic, pe care i-o întinse lui Spiriduș.

— Dar, tovarășe doctor, în afară de această primejdie a intrării ascaridului în diferite organe, mai poate acest parazit produce și alte acțiuni rele?

— Da, Spiriduș! — răspunse doctorul. — Atunci cînd sînt mulți — și pot fi uneori cu zecile — se pot împleti între ei, formînd împreună ghemuri mari, care pot astupa „lumina" intestinului. Se poate produce ceea ce noi numim „ocluzie intestinală".

— Și ce se poate face în asemenea cazuri? Cum putem desface ghemul lor?

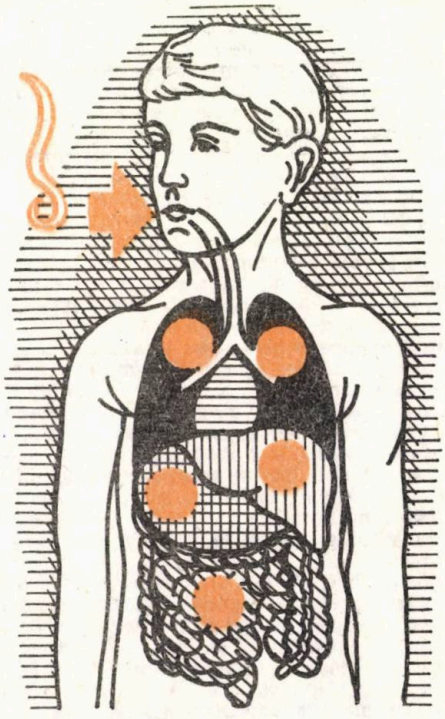
— Un asemenea caz obligă la o intervenție foarte urgentă. Trebuie să recurgem la chirurgie... Trebuie deschis cu bisturiul peretele intestinului, acolo unde s-a înțepenit ghemul, iar acesta trebuie tras afară.

— Dar atunci cînd se face un ghem se strîng în el toți ascarizii? — întrebă din nou Spiriduș.

— Nu întotdeauna. De acea medicul trebuie să pipăie întregul intestin subțire, pentru a simți dacă nu a mai rămas vreun ascarid liber. Ascarizii rămași — chiar și unul singur — pot deveni foarte periculoși.

— Dar ce pot face ei?

— Ascarizii mai au încă un alt obicei de care trebuie să ne păzim. După o operație chirurgicală pe intestin ei încearcă și reușesc să treacă prin cusăturile pe care le-a făcut chirurgul. În felul acesta au un nou mijloc de a părăsi intestinul. Trec în afara lui, în interiorul burții, ceea ce numim noi în „cavitatea peritoneală". Și cînd trec aduc cu ei o mulțime de microbi de pe corpul lor în acea cavitate în care nu se găsea nici unul, provocînd o infec-



ție foarte gravă, o *peritonită*.

De frica apariției unei atare complicații, chirurgii evită orice operație în care ar fi necesară tăierea și apoi, bineînțeles, coaserea intestinului, înainte de a se fi convins, prin analize coprologice, că în tubul digestiv al celui ce urmează să fie operat nu se găsește nici un ascarid.

Dealtminteri, pentru producerea unei astupări (ocluzii) intestinale nu e totdeauna absolut necesar ca ascarizii să se fi strîns în ghem. Un foarte bun chirurg de la Iași a publicat de mult un caz în care un singur ascarid — dar, e drept, de dimensiuni mari, avînd o lungime de 30 cm și grosimea unui creion — a reușit, printr-o mișcare bruscă, dar foarte violentă, să răsucească în cursul unei contracții o ansă intestinală. Răsucirea a avut drept rezultat producerea unei ocluzii care a adus pe cel parazitat pe masa de operație.

— Acum înțeleg bine, — spuse Spiriduș, — cît de periculoși pot fi limbricii. Dar cum l-am căpătat eu? Nu cumva l-am luat de la un coleg de la școală?

— Nu! Sigur nu! — răspunse doctorul. — Limbricii nu au ceea ce numim noi posibilitatea unui contagiu direct. Ei se răspîndesc în natură prin ouă. Dar ouăle de limbrici cînd sînt eliminate nu au nici o putere de infectare, deoarece în interiorul lor nu există încă nici un pui, la fel cum se întîmplă cu ouăle de găină. Ele nu au pui atunci cînd sînt eliminate de găini; puiul se formează mai tîrziu și numai dacă găsește condițiile prielnice, pe care i le oferă găina, atunci cînd se așază deasupra lor și le clocește. Aceiași lucru se petrece și cu ouăle de limbrici, cu deosebire că la aceștia nu e nevoie ca ouăle să fie clocite de mama lor. Ele necesită, pentru a se dezvolta, numai anumite condiții de temperatură și de umezeală a aerului înconjurător, iar puiul se dezvoltă mai repede sau mai încet, în raport cu aceste condiții, deci în raport cu cantitatea de căldură și umezeală pe care o găsește. În mod obișnuit puiul (sau „larva", cum o numim noi) se dezvoltă pînă la punctul de a deveni infecțios, cam într-o lună.

— Dar cît sînt de mari ouăle de limbrici?

— Nu le poți vedea cu ochiul liber. Mărimea lor se măsoară în miimi de milimetru. Au cam 75 de miimi de milimetru în lungime, pe o grosime de 60 de miimi de milimetru; așadar, în ambele dimensiuni sînt cu mult mai mici decît a zecea parte dintr-un milimetru.

— Dar cum m-am pricopsit eu cu ele? Cum am căpătat limbricul?

— Sau poate limbricii, — completează doctorul. — Acele ouă se găsesc răspîndite în natură, pe sol și mai ales pe legume. Probabil că te-ai infectat mîncînd fructe culese de pe sol sau legume din acelea care se mănîncă fără o prealabilă fierbere. În cazul acestora focul trebuie înlocuit cu apa. Fructele culese de pe sol și legumele trebuie foarte bine spălate înainte de a fi consumate, pentru a le debarasa de ouăle de viermi intestinali care s-ar putea găsi pe ele.

— Dar cum ajung ele pe sol și pe legume?

— O să-ți spun și asta...

În acest moment apare o soră, care se adresează doctorului:

— Tovarășe doctor, a telefonat Acatrinei. Se simte rău și are încă febră.

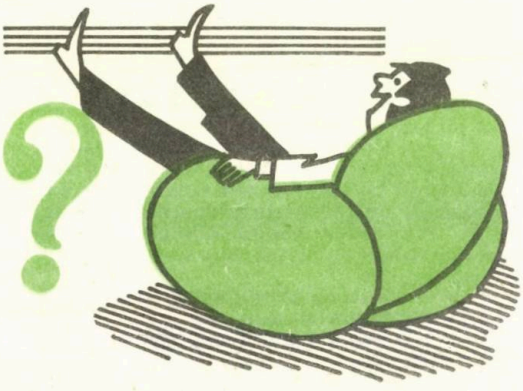
— Ia te uită! — zice doctorul. — Va să zică bietul om continuă să aibă febră. Mă duc imediat să-l văd. Fii bună și adu-mi geanta pentru consultații.

Și apoi, către Spiriduș:

— Rămîne pentru altădată explicația cu ouăle de vermi intestinali. Dar adu-mi neapărat mîine materialul pentru analiza coproparazitologică.

— Îl aduc mîine dimineață neapărat, — răspunse Spiriduș, — și vă mulțumesc foarte mult, tovarășe doctor, pentru tot ce am învățat azi de la dumneavoastră.

ADERAȚI SAU NU LA SEDENTARISM



Evident, întrebarea vă este adresată direct, stimată cititoare sau stimate cititor, împreună cu invitația insistentă de a vă da un răspuns și, prin aceasta, de a aduce sedentarismul în sfera preocupărilor dumneavoastră.

Dacă ați răspuns afirmativ, atunci de ce?

E posibil să dați vina pe cunoscuții factori obiectivi aduși de progresele civilizației și care au modificat radical existența oamenilor la locurile lor de muncă și de trai. Veți avea desigur dreptate, dar numai pînă la un punct. Nu poate fi lăsat la o parte faptul că aceleași transformări intervenite în condițiile de muncă și de viață sînt și cele care au deschis și deschid mereu noi posibilități de a cultiva mișcarea, de a face sport, de a practica drumeția și turismul, de a ieși din stilul sedentar de viață. Totul este ca aceste posibilități să fie folosite. Dar șansa de a le folosi se reduce considerabil în situațiile în care este lăsată să opereze următoarea încercare de silogism: „Sedentarismul este flagelul secolului; eu trăiesc în acest secol; deci eu trebuie să mă resemnez să fiu sedentar". Silogismul este fals. Flagelul îndeamnă nu la resemnare, ci la luptă. Iar flagelul sedentarism nu constituie, pînă la urmă, decît o greșeală de conduită. Este sedentar numai cine o dorește. Ajunge să nu o mai dorească și va înceta să fie sedentar.

Iată, așadar, cum la rădăcina sedentarismului se află factorul subiectiv, cu o pondere net mai grea decît cea a factorului obiectiv. Poate că dumneavoastră, răspunzînd la „de ce"-ul din subtitlu, veți merge mai în adîncime cu sinceritatea și veți declara că vă simțiți perfect ca sedentar și vă complaceți în această postură. „Uitați — veți zice eventual — eu, după ce mi-am terminat treburile, mă odihnesc și mă relaxez mult mai bine în fotoliul și în papucii mei de acasă decît să mă apuc să umblu nu știu cîți kilometri, cum îmi tot recomandați dumneavoastră, medicii!"

Să lăsăm la o parte faptul că cele două — fotoliul și mișcarea — nu se exclud reciproc, ci pot foarte bine să coexiste. Însă sedentarismul acesta „conceptual", dacă îi putem spune așa, comportă marele neajuns de a acționa ca un paravan, prin impresiile și satisfacțiile imediate, împiedicînd să mai fie văzută perspectiva. Iar perspectiva este cea a unor multiple prejudicii aduse sănătății.

Cîteva prejudicii care se văd mai bine...

Din moment ce ne este clar din anii de școală că „Funcția creează organul", înțelegem cu ușurință cum nemișcarea, printr-un proces de sens contrar, grăbește involuția mușchilor. Oricum, partea ce revine mușchilor din greutatea corpului se reduce, cu trecerea anilor, de la peste 40% la 25% și chiar mai puțin. Interesul oricui este să frîneze această involuție, necum să o accelereze, prin renunțarea la mișcare, la exercițiu. Una dintre consecințele slăbirii tonicității mușchilor abdominali și a mușchilor care susțin coloana vertebrală constă în accentuarea *lordozei lombare,* adică a curburii normale a șirei spinării din dreptul șalelor. Corpul capătă o înfățișare dizgrațioasă, devenind vizibili umerii trași înapoi și abdomenul proiectat înainte. În alte cazuri se

accentuează *cifoza dorsală* și ia naștere aspectul de spinare gîrbovită, cu umerii duși înainte, toracele turtit și îngustat, stînjenind mișcările respiratorii. Toate modificările amintite dau loc la acea ținută de ansamblu a corpului, după care sedentarul poate fi recunoscut dintr-o privire.

Solicitările musculare insuficiente în asociere cu pozițiile vicioase ale corpului mai pot să ducă la devieri în plan lateral ale coloanei vertebrale, respectiv la așa-numitele *scolioze*. Chiar și la un grad mai redus al lor, sciolizele, la fel ca celelalte devieri, sînt de natură să favorizeze, cu timpul, apariția durerilor tipice din discopatii, ca efect al apăsării inegal exercitate asupra discurilor intervertebrale.

Lipsa de mișcare este contaminantă ca sursă de lenevire pentru tubul digestiv, de unde digestia greoaie și tranzitul intestinal întîrziat.

Ca o consecință a reducerii inerente a cheltuielilor energetice sînt influențate și procesele metabolice. Ceea ce nu arde se depune și apare la orizont obezitatea, la rîndul ei izvor potențial al altor neplăceri. Apăsarea crescută exercitată asupra articulațiilor, plus pierderea elasticității acestora, nutriția mai slabă a cartilajelor articulare și pierderea fluidității lichidului sinovial, cel care „lubrefiază" suprafețele articulare, explică de ce chinuitoarele artroze, la nivelul coloanei vertebrale, al șoldurilor și al genunchilor, se instalează mai des, cu vîrsta, la sedentari.

...și alte prejudicii care se văd mai puțin bine

Aici este vorba în primul rînd de posibilele prejudicii privind inima și aparatul cardiovascular în întregul său. Lipsa efortului fizic face ca pompa cardiacă să funcționeze cu un debit din ce în ce mai redus. Rezultatul este o irigare mai slabă cu sînge a tuturor țesuturilor și organelor. Inima pierde treptat starea numită „de antrenament", ceea ce înseamnă că la aceeași intensitate a efortului ea ajunge să bată mai des și mai neeconomic, deoarece la o singură bătaie trimite în artere o cantitate mai mică de sînge. Dar mai există un aspect demn de toată atenția.

Să ni-l imaginăm pe un strămoș al nostru din vremea primelor începuturi ale societății omenești. Și să ni-l închipuim în neplăcuta situație de a se vedea, pe neașteptate, amenințat de o fiară sălbatică. Este o solicitare emoțională foarte puternică, un stres în deplinul înțeles al termenului. Situația îi comandă ori să fugă, ori să dea lupta cu fiara. Pe moment, însă, îi vine în ajutor o reacție care se petrece în organismul său. Sub acțiunea unor hormoni, brusc descărcați în sînge, sînt rapid mobilizate, din rezervele organismului, substanțele capabile să furnizeze energia suplimentară necesară efortului fizic extraordinar, gata să se declanșeze, în lupta cu fiara. Fenomenul este absolut normal, fiziologic. Dacă l-am luat ca exemplu dintr-o vreme atît de îndepărtată, am făcut-o pentru a sublinia că el dăinuie de milenii, din generație în generație, pînă la noi.

Dar noi sîntem mult mai sedentari, dacă nu chiar total sedentari. Iar stresul intervine în viața noastră sub forme mult mai diverse și intervine tocmai în asociere cu sedentarismul. Dar să luăm și alte exemple. Să ne imaginăm o situație la masa de lucru, cînd urmează a fi depus un efort intelectual, fiind prezent și factorul emoțional legat de răspunderea pentru calitatea lucrării sau de iminența termenului de predare. Sau să ne imaginăm activitatea depusă la comandă, de pe scaun, a unei instalații, cînd sînt intens solicitate inteligența, gîndirea, vederea, atenția, împreună cu preocuparea încordată de a dirija repede și corect toate operațiile, în așa fel încît să iasă un lucru făcut ireproșabil. În astfel de situații sînt de asemenea mobilizate rezerve energetice, sub acțiunea descărcării acelorași hormoni, în principal adrenalina și noradrenalina. Numai că în împrejurări ca acestea lipsește efortul fizic care să asigure cheltuirea rezervelor antrenate. Apare riscul ca o parte din acizii grași prezenți în sînge să se depună în pereții arterelor, în aceeași manieră cum se întîmplă cu colesterolul.

Să subliniem și ceea ce se petrece în organismul unor conducători auto, mai ales dintre șoferii amatori, cînd se află la volan. La o viteză chiar moderată, emoția conducerii face

să se dubleze adrenalina și noradrenalina în sînge, iar la viteză mare nivelul celor doi hormoni ajunge să fie chiar de zece ori mai ridicat. Este foarte mult, dacă ținem seama că a conduce automobilul reprezintă tot o activitate sedentară.

Cele semnalate explică de ce sedentarismul este incriminat de întreaga lume medicală ca numărîndu-se printre factorii de risc ai aterosclerozei, afecțiune degenerativă, printre ale cărei manifestări clinice figurează boala coronariană, infarctul de miocard și accidentul vascular cerebral. Aceste manifestări clinice debutează după o lungă evoluție tăcută, cu desăvîrșire ascunsă. Cîteodată ele survin brusc, pe neașteptate, în plină sănătate aparentă. Desigur, relația sedentarism-ateroscleroză este doar una de probabilitate crescută și nu de certitudine, ceea ce o exprimă însuși termenul de „factor de risc". Oricum ar fi însă, putem, fără a greși prea tare, să reproșăm sedentarismului două neajunsuri majore: unul, faptul că grăbește îmbătrînirea; al doilea, că urîțește bătrînețea, prin aceea că o dezarmează în fața bolilor. Încă din antichitate Aristotel, cu remarcabila forță a spiritului său, știa ce spunea cînd afirma că „nimic nu îl epuizează și nu îl distruge pe om, atît cît o face inactivitatea fizică îndelungată".

Minunatul antidot al uzurii

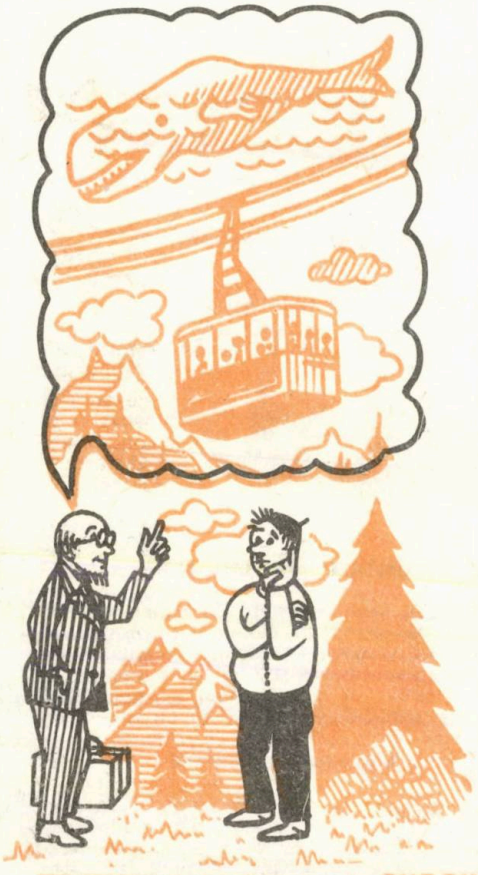
Aspectele negative imputabile sedentarismului demonstrează că mașina vie reprezentată de corpul omenesc prezintă, între multe altele, o anumită deosebire față de toate mașinile aparținînd domeniului mecanicii. Deosebirea, cu totul demnă de cel mai mare interes, constă în faptul că *mașina vie se uzează stînd și se autoîntreține, se autoregenerează* și, la nevoie, *se autorepară mergînd*, așa cum o dovedește utilizarea mișcării într-o sumedenie de scopuri terapeutice.

Prin urmare, mișcarea este un minunat antidot al uzurii. O mărturie cum nu se poate mai convingătoare despre acest adevăr ne-o aduc acele persoane care practică sportul toată viața, sub formele care li se potrivesc cu vîrsta și cu posibilitățile organismului. Este știut și consemnat statistic că sportivii consecvenți se află printre cei dîntîi care ating o longevitate de invidiat, păstrîndu-și pînă la o vîrstă surprinzătoare vigoarea trupului și vioiciunea spiritului.

A fi toată viața sportiv practicant — și nu numai iubitor al spectacolului sportiv — reprezintă, bineînțeles, o atitudine de directă utilitate practică în prevenirea maladiilor degenerative, de uzură. Însă, pentru oricine și la orice vîrstă, sînt mereu accesibile două modalități fundamentale de practicare a mișcării: a face gimnastică și a merge pe jos. Obținerea eficacității pune o condiție esențială, și anume ca gimnastica și mersul pe jos să fie practicate sistematic, cel mai bine zilnic, să fie integrate în stilul de viață. În favoarea acestei integrări pledează foarte convingător — credem noi — argumentul pe care vi-l supunem în încheiere.

Cînd medicii spun „faceți mai multă mișcare", cuvintele lor sună ca o recomandare. Iar termenul „recomandare" ar putea să sugereze ca admisibilă acceptarea pur și simplu facultativă, la voia bunului plac. Însă a face mișcare înseamnă mult mai mult decît a accepta o recomandare, semnifică *achitarea de o obligație* față de propria sănătate. Aceasta deoarece pentru organism mișcarea constituie nimic mai puțin decît o *necesitate vitală elementară*. Organismul nostru, al celor de astăzi, nu diferă prea mult ca structură și funcții, inclusiv ca echipament muscular, de cel al înaintașilor care se ocupau cu vînătoarea, cu baterea fierului sau cu împinsul plugului. Dacă știința, tehnica, achizițiile pe planul confortului etc. au făcut și fac în continuare să dispară efortul fizic, noua situație ne găsește nepregătiți. Miezul problemei se află în faptul că noi, ca oameni ai societății moderne, *nu sîntem adaptați la imobilism, nu ne putem permite să fim sedentari.*

Dr. AL. GHEORGHIU



„ÎMPLINIRI"
DE SEDENTAR

A privit un timp la alții,
Ce-s la trup și mers ușori:
„Încotro să-mi îndrept pașii?"
S-a-ntrebat, de zeci de ori.

„Plec la mare! Dar... rechinii?!"
Deci la munte s-a trezit -
L-a urcat o dată, iară,
Ca turistul amețit!...

La-ntors, îi încerc părerea:
„Cum ți-a mers?" „A fost feeric!
Să faci munte-i fleac - îți spui -
Abonat... la teleferic!"

Dr. MIHAI MATEICIUC

SPORTIVE

- *Cu năravul său de a-și faulta adversarul e în stare să își lase omologul, om... olog.*
- *La acest meci cel mai activ pe teren a fost... medicul.*
- *Durerea provocată adversarului în fluierul piciorului a avut o strînsă legătură cu fluierul arbitrului.*
- *Oftalmologul la meci: - Arbitrul acesta ar avea nevoie de o... consultație!*
- *Tovarășe arbitru, nu-i adevărat că l-am faultat! Îl doare piciorul fiindcă are reumatism!*

Fotbalistică

MEDICUL: - Nu te mai zvîrcoli atîta, că n-ai nimic!
JUCĂTORUL: - Ascultă, doctore! D-ta cu cine ții: cu noi sau cu adversarul?

Variantă

MEDICUL, CHEMAT DE LA TUȘĂ: - De ce te zvîrcolești atît de tare?
JUCĂTORUL: - Mi-a intrat o viespe sub tricou!

Ing. I. NEGREANU

Vă recomandăm 4 REȚETE pentru „FARMACIA DE CASĂ“

Loțiune din fructe de ienupăr

20—30 g de fructe *(Juniperi fructus)* se zdrobesc bine, se amestecă cu 100 ml alcool și se păstrează în vas acoperit. După 2—3 zile se adaugă un litru de oțet din vin. Se lasă la temperatura camerei, în vas acoperit, timp de 7—8 zile. Se filtrează prin cîteva straturi de tifon.

Loțiunea obținută, de *uz extern*, este indicată pentru *fricționări în reumatism, lumbago, diverse nevralgii.*

Se masează bine locul dureros, apoi se fixează un bandaj călduros.

Oțet aromatic din petale de trandafir

100 g petale de trandafir *(Rosae flos)* proaspăt culese se mențin, timp de 5 zile, într-un amestec alcătuit din 100 ml alcool și 900 ml oțet din vin. După filtrare prin tifon și vată, se obține o loțiune *de uz extern*, folosită pentru *fricționări în migrene, gripe, răceli, ca febrifug.*

Ulei medicinal din sunătoare

20 g sunătoare uscată *(Hyperici herba)*, bine mărunțită, se umectează cu 30 ml alcool și după 12 ore se adaugă 200 g ulei de floarea-soarelui. Se menține timp de 3 ore pe baia de apă fierbinte, agitînd frecvent. Amestecul se lasă în repaus timp de 2—3 zile. Se filtrează prin 2—3 straturi de tifon. Se mai lasă o zi în repaus și se filtrează din nou.

Lichidul uleios, păstrat la întuneric și la rece, se folosește *extern, în tratarea arsurilor, rănilor, tăieturilor.*

Ulei medicinal din mușețel

10 g flori bine mărunțite *(Chamomillae flos)* se umezesc cu 20 ml alcool și se lasă cîteva ore în vas acoperit. Se adaugă apoi 100 g ulei de floarea-soarelui și se încălzește pe baia de apă fierbinte, agitînd frecvent, timp de 2—3 ore. Se filtrează prin tifon, se stoarce și se păstrează în sticle brune, la rece.

Se folosește *extern, în arsuri.*

Farm. dr. Engletina Pelegrino

DIN REFLECȚIILE UNEI GAZDE

– Nu îmi este frică de vizite, ci de... „veșnicia lor“.

– Vizita neanunțată este ca „dragostea cu sila“.

– Musafirul grăbit poate fi considerat prietenul casei.

– Vizitele sînt plăcute mai ales cînd sînt... rare.

– Cunosc pe unii care sînt mereu în vizită. Mă întreb: ei cînd mai primesc atunci vizitele de răspuns?

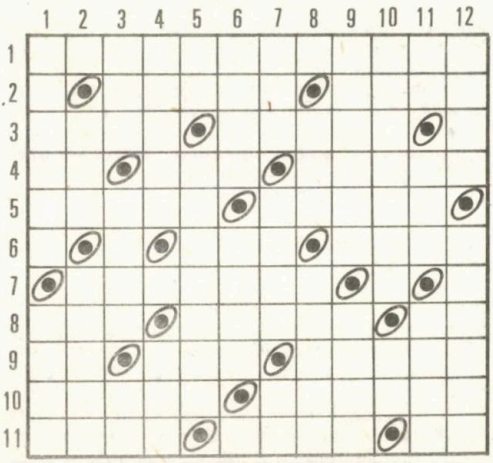
– Există trei mari categorii de vizite:
– scurte sau plăcute,
– lungi sau neplăcute și, în fine,
– neanunțate și lungi sau insuportabile.

– Fiecare vizită are un început mai mult sau mai puțin plăcut, după care urmează mult preaașteptatul... sfîrșit.

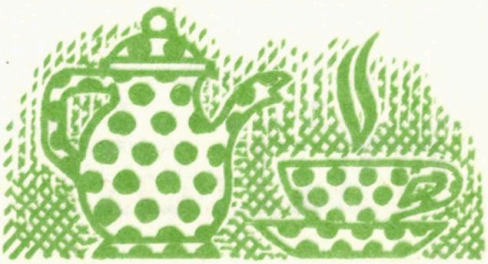
– Vizitele cele mai plăcute rămîn, totuși, cele mai... scurte posibil.

– Dacă vreți să vă culcați mai devreme povestiți musafirilor că visele cele mai frumoase le aveți înainte de miezul nopții.

TITEL CANACHE-POPA



La ora CEAIULUI



ORIZONTAL: 1. Piesă de A.P. Cehov, în care se cîntă la un moment dat, la chitară, melodia „Se bea ceai" (2 cuv.) 2. „... de ceai", tablou aparţinînd pictorului francez André Derain (pl.) — „Teroarea bunului...", volum de versuri în care Mircea Dinescu a inclus şi poezia „Decît să vă-ndulcesc cu arta ceaiul..." 3. „...ani", nuvelă de A.P. Cehov în care o eroină dă „un regat pentru un ceai" — Ţara asiatică unde au întîlnit europenii pentru prima dată băutura aromată care este ceaiul. 4. Cămaşă rustică — Fluviu african — Varietate de ceai ce se obţine din frunzele verzi culese şi supuse unei fermentaţii lejere, după care sînt uscate şi răsucite. 5. Prozator român contemporan, autorul nuvelei „Ceaiul lui Proust" (vol. „Octombrie ora opt"; Norman) — A dormita. 6. Arbore ale cărui flori dau unul din cele mai aromate ceaiuri — Prăjită. 7. Roman de John Galsworthy în care întîlnim figura bătrînului negustor de ceai Jolyon (neart.). 8. Aproximativ — Compozitor sovietic (1875—1950), în al cărui balet „Macul roşu" Li San Fu o forţează pe dansatoarea Tao Hoa să ofere oaspeţilor ceai otrăvit (R.M.) — Centigram (abr.). 9. Emil Neagu — Localitate în Camerun — Carne fiartă. 10. Oraş în Franţa — „Proprietarul de...", volum de versuri de Mircea Dinescu, avînd inclus în sumar şi poemul „Ceaiul". 11. Pictor român (1881—1958), realizatorul tabloului „Serviciu de ceai" (Iosif) — Autoarea poeziei „La ora ceaiului" (Cornelia Maria) — Aprobare.

VERTICAL: 1. „...din neamul Udeghe", roman de A.A. Fadeev, în care întîlnim localul „Ceaşca cu ceai" (pl. neart.) — Băutura noastră tematică. 2. Haină — Poetă românca, autoarea poeziei „La ceai" (Maria). 3. Siglă pentru Cupa Campionilor Europeni — Persoană lipsită de omenie — În faţa teatrului! 4. Poet german (1797—1856), autorul poeziei „La ceai, musafiri strînşi roată..." (Heinrich) — Cenuşiu. 5. Sînt (pop.) — Sabie turcească. 6. Folositor — Localitate în Mexic. 7. Domol — Personaj din romanul „Un om între oameni" de Camil Petrescu — La revedere! 8. Oraş în U.R.S.S. — Pictor rus (1865—1911), autorul tabloului „Samovarul" (V.A.). 9. Unghi format de o linie de referinţă a avionului cu orizontala — Eroul nuvelei „Ceaşca cu ceai" de Ion Istrati (Bour). 10. Cascadă la frontiera dintre S.U.A. şi Canada — Sumare! 11. Noroi (Tr.) — Linx — Inimă. 12. Om de bună credinţă — Ţară europeană în care se bea ceai în tot timpul zilei.

Dicţionar: SAA, AUTUN, ETLA, MIAI, DNO.

ADAM STOICA

Ce trebuie să știm despre

MEDICAMENTELE PSIHOTROPE

Șt. NICA-UDANGIU, *doctor în științe medicale, medic primar (Institutul de Neurologie și Psihiatrie),* LIDIA NICA-UDANGIU, *doctor în științe medicale (Spitalul „Gh. Marinescu")*

Substanțele care acționează asupra funcțiilor psihicului și asupra diferitelor tulburări mentale se numesc *medicamente psihotrope.* Aceste medicamente se împart în două grupe mari:

a) *Sedative* sau *calmante* ale activității psihice, care au o acțiune de liniștire, de combatere a stărilor de anxietate și a stărilor de agitație psihomotorie.

În această grupă sînt cuprinse:

— *hipnoticele (somniferele),* medicamentele care au ca acțiune principală producerea somnului (hipnotice barbiturice: Luminalul sau Fenobarbitalul, Amitalul sodic și hipnotice nebarbiturice: Glutetimidul sau Noxironul, Nitrazepamul sau Mogadonul, Clormetiazolul sau Heminevrina etc.);

— *tranchilizantele (anxioliticele),* relaxante psihice (Meprobamatul, Hidroxizinul, Napotonul, Diazepamul, Oxazepamul, Rudotelul sau Medazepamul etc.);

— *neurolepticele (antipsihoticele),* medicamente cu acțiune sedativă generală, care combat agitația psihomotorie și o serie de sindroame și simptome psihice grave (sindroamele confuzionale, ideile delirante, halucinațiile, autismul, tulburările de comportament).

Din punct de vedere clinic au fost descrise două subgrupe de neuroleptice:

— *neuroleptice sedative,* cu acțiune dominantă de liniștire, de reducere a agitației psihomotorii și a anxietății psihotice: Clorpromazina (Clordelazin, Plegomazin), Levomepromazina, Tioridazina, Neuleptilul (Propericiazina) și

— *neuroleptice incisive* (polivalente sau antipsihotice), care au un puternic efect antipsihotic (de combatere a ideilor delirante și a halucinațiilor, a simptomelor catatonice și a sindromului disociativ): Haloperidolul, Majeptilul (Tioproperazina), Trifluoperazina, Flufenazina etc.

După durata de acțiune, neurolepticele se împart în:

— neuroleptice-standard (cu durată scurtă de acțiune) și

— neuroleptice-depozit (cu durată lungă de acțiune).

b) A doua grupă mare de medicamente psihotrope este cea a *stimulantelor* sau *excitante* ale activității psihice, care au acțiune de stimulare, activare, intensificare, impulsionare a funcțiilor psihice, de combatere a stărilor de apatie și de depresie psihică.

Această grupă este reprezentată de:

— *antidepresive:* Antideprin (Imipramina), Teperin (Amitriptilina), Sinequan (Doxepina), Ludiomil (Maprotilina), Lerivon (Hianserina) și

— *psihoenergizante (psihotone):* Cafeina, Stricnina, Heptaminolul (Heptamyl), Piritioxina (Piritinol, Encephabol, Enerbol), Meclofenoxatul, Centedrinul (Metilfenidatul), acidul glutamic (Glutarom), Lecitina și Ascolecitina, vitaminele etc.

O grupă intermediară este alcătuită de *sărurile de litiu,* care au o acțiune de reglare, de normalizare a dispoziției (sînt *eutimizante),* folositoare atît în combaterea stărilor de agitație maniacală, cît și în stările depresive. Substanțele psihodisleptice de tipul LSD 25 tulbură, alterează activitatea psihică (producînd psihoze și alte tulburări psihice artificiale), încît încercările de a le utiliza în practica psihiatrică au eșuat.

În utilizarea medicamentelor psihotrope trebuie să evităm două atitudini greșite și dăunătoare:

1. *automedicația,* adică recurgerea la somnifere (hipnotice), tranchilizante, antidepresive, neuroleptice ori stimulante psihice (psihoenergizante), fără prescripția și controlul medicului;

2. *neglijarea* indicațiilor terapeutice medicale, refuzul sau respingerea acestora (se întîlnește frecvent automedicația la persoane

care nu au nevoie de psihotrope și refuzul acestor medicamente la bolnavii care nu pot fi vindecați sau remiși decît cu terapie psihotropă).

În prezent există un mare număr de medicamente psihotrope care, pe lîngă efectele favorabile (pozitive), prezintă și o serie de efecte nedorite (efecte secundare, efecte nefavorabile, efecte colaterale, reacții adverse). Neurolepticele, de exemplu, pot determina:

— stări de lipotimie, ameteli (prin efectul de scădere a tensiunii arteriale);

— tulburări confuzionale (mai ales la persoanele vîrstnice);

— tulburări alergice, dermatoze de contact, creșterea fotosensibilității (cu posibilitatea apariției unor eriteme solare grave prin expunere la soare); metabolice și endocrine (obezitate, galactoree etc.).

Cel mai frecvent întîlnite sînt tulburările neurologice de tip parkinsonian: tremurături, rigiditate, inhibiție motorie cu pierderea mișcărilor automate, menținerea diferitelor atitudini, modificări ale privirii (plafonare, crize oculogire), mișcări involuntare ale extremităților, tendința de a se deplasa continuu (tasikinezie), imposibilitatea de a sta liniștit în șezut, culcat sau în picioare (akatisie) etc.

Există trei tipuri de sindroame neurologice: *sindromul akinetic* (cu somnolență, inhibiție psihomotorie) și *akinetic-hiperton* (cu rigiditate), sindromul *hiperkinetic* (cu tasikinezie și akatisie) și *sindromul diskinetic* (cu mișcări anormale, involuntare, la față, ochi, limbă, gură, extremități etc.). Diskineziile acute survin la începutul tratamentului cu neuroleptice incisive sau polivalente (Majeptil, Haloperidol, Moditen, Piportil). Diskineziile tardive apar în timpul curelor îndelungate cu neuroleptice, fiind favorizate de o anumită hipersensibilitate a receptorilor dopaminergici.

Efectele secundare ale medicamentelor psihotrope nu justifică însă atitudinile de renunțare la folosirea lor, atunci cînd aceasta este necesară. Perrier (1974) a arătat că trebuie combătute automedicația, polipragmazia și „delirul terapeutic" (utilizarea anarhică a celor mai diverse medicamente, cu preferință pentru cele noi), dar și „lașitatea terapeutică", manifestată prin teama de a recurge la medicamentele active. Succesele deosebite care s-au obținut în tratamentul bolilor psihice au fost posibile numai prin introducerea psihotropelor moderne. Trebuie să se cunoască atît efectele dăunătoare ale automedicației și ale abuzului de medicamente, dar și consecințele fenomenului invers, acela de evitare a tratamentelor științifice cu produse active. Orice medicament trebuie administrat numai cu o indicație medicală. Trebuie să știm că mijloacele naturiste sînt utile în prevenirea și în ameliorarea unor tulburări psihice, însă nu toate bolile pot fi vindecate prin ceaiuri sau prin produse naturale (miere, sucuri de fructe etc.). Un mijloc terapeutic este folositor într-un număr restrîns de boli. Nu există medicament care să vindece toate maladiile.

O concepție neștiințifică față de suferința psihică este cea promovată de curentul „antipsihiatric", care respinge utilitatea tratamentelor psihiatrice și, în primul rînd, importanța tratamentelor biologice (inclusiv a celor psihofarmacologice). Uneori chiar reviste de popularizare recomandă bolnavilor să renunțe la medicamente și să folosească numai ceaiuri și alte mijloace naturiste. Trebuie să știm că există deosebiri importante între tratamentul bolnavilor nevrotici și cel al bolnavilor psihotici. În nevroze medicația psihotropă se întrerupe după vindecare, în timp ce în psihoze este necesar un tratament cu psihotrope de lungă durată (tratament de întreținere, cu rol de prevenire a recăderilor). În practica psihiatrică asistăm uneori la un fenomen paradoxal: consum excesiv de medicamente la bolnavii cu boli psihice mai ușoare (cei cu tulburări nevrotice, de exemplu) și refuzul medicației de către pacienții cu afecțiuni mai severe (bolnavii psihotici). Lupta împotriva așa-numitei „poluări medicamentoase" nu este echivalentă cu renunțarea la medicamentele absolut necesare prescrise de medic. De obicei, medicii și bolnavii sînt atenți numai la efectele adverse legate de supradozaj, însă există o categorie importantă de efecte nedorite imputabile posologiei reduse, subdozajului (de exemplu, fenomenele extrapiramidale induse de neurolepticele incisive apar la doze reduse și la doze mari, în timp ce la doze medii incidența lor este mai mică). De asemenea, efectul indezirabil cel mai frecvent este absența ameliorării terapeutice. În doze adecvate, medicația psihotropă (neurolepticele, antidepresivele, tranchilizantele) modelează activitatea psihică a bolnavilor, combat halucinațiile și ideile delirante (efect halucinolitic și antidelirant), măresc capacitatea de adaptare și de integrare socială, redînd bolnavului dispoziția și libertatea pierdută prin boală.

Recăderile în unele categorii de boli psihice se previn prin tratamente de susținere de lungă durată. Aceste tratamente au fost introduse de mulți ani și în țara noastră. *Neurolepticele cu durată lungă de acțiune (neuroleptice-depôt) și-au dovedit, în primul rînd, utilitatea în prevenirea recăderilor psihozelor discordante.* Această „revoluție în psihiatrie" a început în 1963, cînd a fost introdus în prac-

tica medicală primul neuroleptic-depozit (Enantatul de flufenazină). Arsenalul psihofarmacologiei s-a îmbogăţit apoi cu noi preparate, cuprinzînd astăzi un număr important de produse, dintre care amintim: Decanoatul de flufenazină (Modecate, Lyogen); Decanoatul de flupentixol (Fluanxol), Pipotiazina (sau Piportilul), Fluspirilenul (IMAP), Penfluridolul (SEMAP). Cele mai bune rezultate se obţin la bolnavii cu o vechime sub 5 ani a bolii, în formele afective şi cu debut brusc, cu simptomatologie productivă bogată. Neurolepticele cu durată lungă de acţiune sînt utile şi în depresiile endogene, în delirurile sistematizate cronice (paranoia şi parafrenia), în autismul infantil, în psihopatiile cu mari tulburări de comportament, în tulburările caracteriale la adolescenţi şi tineri etc. Neurolepticele-depozit, simplificînd schema terapeutică, au uşurat viaţa bolnavilor, încît tratamentul a fost acceptat şi de pacienţi mai puţin cooperanţi (bolnavi care trăiesc singuri, pacienţi vîrstnici, cei cu nivel educativ mai scăzut etc.). Tratamentul cu neuroleptice-depozit trebuie să fie supravegheat de medicul de specialitate. Această supraveghere are rolul de a menţine relaţiile terapeutice medic-bolnav, de a corecta efectele secundare, de a realiza un tratament individualizat adecvat (în funcţie de tipul de remisiune, de persistenţa sau reapariţia unor simptome etc.).

Recidivele psihozelor afective (monopolare şi bipolare) şi ale psihozelor schizo-afective beneficiază de tratamentul de întreţinere cu săruri de litiu. De asemenea şi-au dovedit utilitatea în unele cazuri de diskinezie tardivă, în alcoolismul periodic cu tulburări afective, în stări de agresivitate periodică patologică, în unele tulburări de comportament ale copiilor şi adolescenţilor. Litiul are capacitatea de a preveni atît episoadele de manie, cît şi fazele depresive. Eficacitatea redusă în unele cazuri este legată, de obicei, de un diagnostic imprecis ori de folosirea unor doze insuficiente. Tratamentul va fi considerat ineficient numai după un an de folosire a unor doze stabilite prin monitorizare. Pentru majoritatea bolnavilor eficacitatea tratamentului apare la o litemie cuprinsă între 0,6 şi 1,2 mEq/l (dozele corecte se stabilesc pe baza determinării repetate a concentraţiei serice a litiului). Există preparate industriale cu diferite săruri de litiu (litiu acetat, litiu citrat, litiu gluconat, litiu sulfat), însă cel mai frecvent se utilizează carbonatul de litiu. Bolnavul trebuie să cunoască principalele efecte secundare ale tarapiei cu litiu. În primele zile sau săptămîni de tratament poate să apară o intoleranţă gastrointestinală (manifestată prin greaţă, vărsături, dureri abdominale, diaree, flatulenţă) sau unele semne care traduc o creştere rapidă a litemiei (tremurături, cefalee, mişcări involuntare, astenie, sete exagerată). Aceste simptome dispar după 1—2 săptămîni de tratament. Ele pot fi evitate prin creşterea treptată a dozelor, prin împărţirea dozei zilnice în mai multe prize ori prin diminuarea dozelor din timpul zilei şi creşterea dozei care se administrează seara. Litemia creşte (existînd riscul intoxicaţiei) în cazurile în care sodiul scade: alimentaţie săracă în sare (dietă hiposodată), tratament cu medicamente diuretice care elimină sodiul din organism (Nefrix, Ufrix etc.), pierderi extrarenale de sare (transpiraţii abundente), regim de slăbire sau situaţii patologice în care bolnavul mănîncă puţin (boli intercurente, inclusiv recăderile maniacale sau depresive). În tratamentele de lungă durată cu litiu au fost descrise: creştere ponderală (un regim de slăbire recomandat în această situaţie va consta în alimente puţine, dar bine sărate), polidipsie (sete exagerată) şi poliurie (excreţie abundentă de urină), hipotiroidism cu sau fără guşă (rar întîlnit şi care răspunde, de obicei, la tratamentul cu tiroxină, fără a întrerupe litiul).

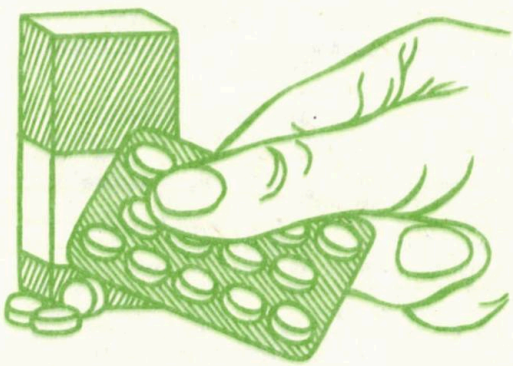
Crizele şi tulburările psihice epileptice sînt prevenite prin medicamente anticonvulsivante (Fenobarbital, Diazepam, Fenitoin, Primidon, Tegretol etc.). Prevenirea reluării abuzului de alcool se realizează prin terapie de susţinere de lungă durată cu Disulfiram (Antalcol), cu Neminevrin, iar în unele cazuri cu litiu.

În utilizarea unui tratament cu psihotrope de lungă durată *bolnavii trebuie să-şi însuşească un minim de cunoştinţe despre medicamentele pe care le folosesc şi despre efectele nedorite (secundare) pe care acestea le pot avea*. Fenomenele neurologice extrapiramidale secundare se previn prin administrarea unor medicamente antiparkinsoniene (de tipul Romparkinului). Această medicaţie antiparkinsoniană va fi continuată cîteva zile şi după sistarea neurolepticelor incisive (Majeptil, Haloperidol, Trifluoperazin etc.). În cazul neurolepticelor-depozit (Fluanxol-depôt, Modecate-depôt etc.) se va recurge la Romparkin, cel puţin în primele 7—10 zile de la injecţie. Medicamentele antiparkinsoniene şi antidepresivele triciclice (Antideprin, Amitriptilina) sînt contraindicate la bolnavii cu glaucom şi la cei cu adenom de prostată. La bolnavii psihici care au şi aceste boli se recomandă antidepresive de tipul Mianserinei (Lerivon sau Tolvon).

După tratamentul intens cu neuroleptice a fost descris „sindromul de epuizare postremisional", caracterizat prin astenie, scăderea activităţii, hipoprosexie (scăderea atenţiei) etc. În faza productivă (cu idei delirante, halucinaţii etc.) şi de agitaţie efectul de scădere a dinamogenezei (scăderea activităţii) este pozitiv, însă în faza de remisiune acest efect este nedorit. Combaterea acestor simptome se realizează prin combinarea terapiei psihotrope cu metodele psihoterapeutice şi socioterapeutice.

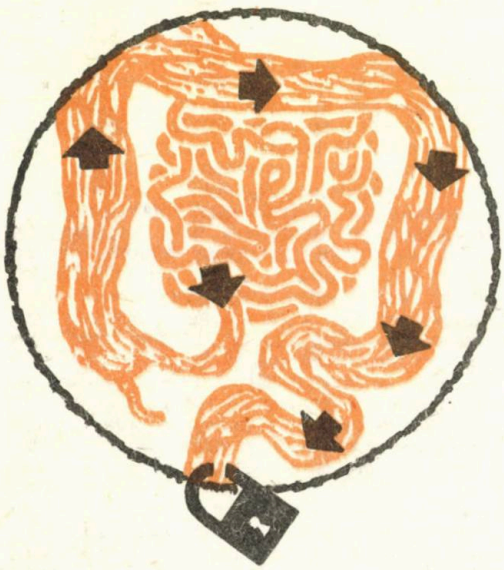
Unele medicamente psihotrope (Amitalul sodic, Meprobamatul) provoacă dependenţă. Se recomandă, de aceea, evitarea administrării acestor medicamente pe o perioadă lungă de timp. În timpul tratamentului cu psihotrope sedative se interzice conducerea autovehiculelor sau a unor maşini industriale.

Bolnavii trebuie să cunoască importanţa administrării regulate a medicamentelor. Acţiunea specifică a acestor preparate este legată de folosirea unor doze terapeutice (indicate de medic). Utilizarea unor doze foarte mici sau foarte mari este urmată de pierderea efectelor curative. Doza medicamentului de întreţinere se creşte sau se scade în funcţie de evoluţia simptomatologică şi de adaptarea socială. În cazul apariţiei unor simptome psihice tratamentul de întreţinere se intensifică (substanţele-depozit se combină cu alte medicamente psihotrope, hipnotice, antidepresive, tranchilizante, neuroleptice, psihotone). Un tratament de întreţinere bine supravegheat evită recăderile psihozelor majore. Uneori, chiar sub tratament, survin noi episoade de boală, însă acestea sînt întotdeauna de intensitate redusă, tratabile de obicei în ambulatoriu, obţinîndu-se o nouă remisiune într-un timp relativ scurt. În bolile psihice în care se obţin vindecări complete (majoritatea nevrozelor şi psihozelor reactive) prevenirea recăderilor se realizează prin instituirea şi respectarea măsurilor de psihoigienă. Membrii familiei şi colectivele de muncă au datoria, pe de o parte, de a ajuta integrarea bolnavului psihic în familie şi societate, evitînd reacţiile de respingere, iar pe de altă parte, de a favoriza un regim de protecţie psihică, cu evitarea suprasolicitărilor şi a provocării unor situaţii conflictuale psihotraumatizante.



CONSTIPAȚIA

PROFILAXIE ȘI TRATAMENT



DR. DOC. I. GHERMAN

CENTRUL DE GASTROENTEROLOGIE, SPITALUL CLINIC FUNDENI

În mod normal, prelucrarea alimentelor ingerate și ajunse în tubul digestiv se efectuează în așa fel încît îndepărtarea reziduurilor rămase se face prin eliminarea, în fiecare zi, a unui scaun păstos.

Așa cum, în urma unui tranzit intestinal accelerat, cînd se elimină mai multe scaune moi pe zi, se vorbește de diaree, **tot așa și atunci cînd tranzitul întîrzie și scaunul, de regulă consistent, nu apare decît după două, trei sau mai multe zile, se vorbește de** constipație. **O constipație care nu ascunde în spatele ei o boală gravă sau mai puțin gravă de cauză organică și care se instalează lent și durează de mai multă vreme poartă numele de** constipație cronică. **Această constipație cronică, așa-zisă** habituală **(obișnuită), este de cele mai multe ori rezultatul unor tulburări care survin în motilitatea colonului (intestinului gros), motilitate care asigură avansarea scaunului spre segmentul terminal al tubului digestiv. Asemenea tulburări de dinamică pot afecta colonul în întregime sau sînt preponderente numai pe anumite segmente. Așa se explică faptul că prezența acestor tulburări pe colonul ascendent vor duce la o constipație dreaptă (pe colonul ascendent), a celor de pe colonul transvers la o constipație transversă (mai rară), iar prezența lor cu preponderență pe colonul descendent vor determina o constipație stîngă, care este cea mai frecventă. Întîrzierile care apar în eliminarea scaunului se pot datora însă și unei constipații rectale (dischezie), cînd tranzitul pe parcursul întregului colon este normal, dar cînd materiile fecale, acumulate în rect, nu pot fi evacuate.**

Dintre cauzele mai frecvente care determină tulburările menționate și care, ca urmare, duc la instalarea unei constipații de o formă sau alta, vom aminti:

— regimurile alimentare unilaterale în care domină conservele, preparatele „rafinate" de carne sau brînzeturile, regimuri din care lipsesc cu desăvîrșire cruditățile (fructele și zarzavaturile), cu aportul lor de celuloză nedigestibilă, atît de necesar evacuării constante a intestinului;

— regimurile restrictive, lipsite de lichide sau de pîine, pe care și le impun pe perioade mai îndelungate cei care, în mod justificat (sau nejustificat), se supun la „cure" de slăbire;

— sedentarismul la care, prin specificul muncii, sînt obligate unele persoane sau pe care altele îl adoptă din comoditate;

— abținerile din pudoare sau din cauza repulsiei față de un closet prost îngrijit duc, mai ales la femei, la slăbirea („tocirea"), cu timpul, a reflexului de evacuare și la instalarea constipației rectale (dischezie), de care am amintit;

— debilitatea constituțională a musculaturii colonului din unele cazuri sau insuficiență în dinamica intestinală, care apare la cei vîrstnici, pot, de asemenea, contribui la apariția constipației.

Constipația poate avea drept cauză și unele boli din afara intestinului (infecții ale organelor genitale, boli ale inimii sau ale ficatului etc.) sau procese interesînd însăși pereții intestinului: limfogranulomatoză, dizenterie cronică (în care caz constipația alternează cu episoade diareice), tuberculoza intestinală, polipi sau alte tumori cu localizare intestinală etc. În toate aceste cazuri, constipația zisă secundară poate reprezenta un semn prețios pentru depistarea unei boli deseori grave, care, descoperită la timp, beneficiază, de cele mai multe ori, de un tratament medical sau chirurgical.

Apărută dintr-o cauză sau alta, constipația se însoțește de manifestări clinice variate, uneori mai ușoare, alteori însă mai grave. Pe lîngă eliminarea cu întîrziere a scaunelor și pe lîngă durerile abdominale localizate sau difuze, bolnavii de constipație se plîng, destul de frecvent, de o senzație de distensie abdominală, balonări, lipsa poftei de mîncare, cefalee, stări de oboseală și chiar stări depresive.

Limba la asemenea bolnavi este adeseori încărcată („limba saburală"), iar la palparea abdomenului medicul poate surprinde, în unele forme de constipație, cordoane contractate și ușor sensibile, cunoscute sub numele de „coarda colică". Scaunele de cantitate mică, a celor constipați, sînt de cele mai multe ori tari, uscate și de culoare brună-închisă. În constipația spastică scaunele au aspectul măslinelor sau al excrementelor de capră. Un caracter particular îl capătă scaunul în constipația terminală, rectală, cînd se pot constitui fecaloame mari, de dimensiuni enorme. De aceea, în general, constipația se însoțește frecvent și de diferite complicații care apar în regiunea anală (fisuri, hemoroizi, sîngerări prin rupere de hemoroizi etc.).

Diagnosticul constipației poate rezulta din datele clinice pe care le prezintă bolnavul, din examenele radiologice pe care le recomandă medicul sau din datele pe care le poate furniza un tușeu rectal sau rectoscopia, indicată uneori.

Tratamentul în constipația cronică va începe, printre altele, cu reeducarea reflexului de defecare, care este adeseori foarte mult slăbit. În acest scop se recomandă bolnavilor să meargă în fiecare dimineață la closet și să-și rezerve cel puțin cîte 20-30 de minute pentru una sau două „încercări", pe care trebuie să le facă cu răbdare. În același scop bolnavii pot să consume dimineața, pe stomacul gol, un pahar de apă rece, cu o lingură de miere de albine. Exercițiile de gimnastică, masajul abdominal merită să fie încercate în combaterea acestei boli, atît de plicticoasă și chinuitoare pentru unii bolnavi. Regimul alimentar are un rol important în tratamentul bolii. Acesta va trebui să se compună din lichide suficiente, dar mai ales din alimente bogate în celuloză: fructe, pe cît se poate crude, dacă bolnavul nu suferă concomitent și de colită (cură de struguri, prune uscate sau afumate), zarzavaturi (spanacul este cunoscut în popor drept „măturică a stomacului"), pîine neagră etc. În alimentație vor mai intra: dulciuri, lapte, iaurt, unt, ulei, ouă proaspete, făinoase, brînză și carne, evitîndu-se condimentele tari și conservele.

Tratamentul fizioterapic, ca și tratamentul hidromineral (Slănic-Moldova, Singeorz, Vîlcele etc.), este adeseori indicat. Înainte de a se trece la un tratament medicamentos, se va interzice mai întîi bolnavilor să mai facă clisme sau să mai ia purgativele de care au făcut abuz. Se poate, în schimb, administra bolnavilor ulei de parafină, săminţă de in, regim de tărîțe sau Galcorin. În constipația rectală sînt indicate supozitoarele cu glicerină sau clismele mici, cu ulei de parafină.

Profilaxia constipației reclamă, printre altele, un regim echilibrat, complet, din care să nu lipsească crudităţile sau lichidele. În colectivități se vor lua măsuri ca să existe closete suficiente, bine construite și corect întreținute.

De asemenea, în profilaxia generală a bolii se recomandă multă mișcare, prin mersul pe jos și prin exerciții fizice zilnice, în aer liber. Sedentarismul trebuie combătut pentru faptul că el constituie o cauză și a constipației, această boală care se întîlnește astăzi mult mai frecvent decît înainte.

Scama și pansamentele de altădată

O veche fotografie aflată în colecția Bibliotecii de istoria medicinii din București, purtînd pe spate inscripția „Facerea scamei", înfățișează o bătrînică așezată lîngă un morman de cîrpe sfîrtecate. Este neîndoios că fotografia datează de cel puțin un secol, deoarece, îndată după Războiul de Independență, folosirea scamei la pansamente a încetat și la noi aproape cu desăvîrșire.

Pînă către 1880, imagini asemănătoare celei păstrate în amintita fototecă puteau fi însă întîlnite curent în toate așezămintele spitalicești. Îndată ce terminau serviciul în saloane, infirmierele, mai ales cele din secțiile de chirurgie, se retrăgeau în cămărușele lor și, chemînd cîteodată în ajutor jupînesele, ba chiar unii bolnavi mai îndemînatici, se apucau să scămoșeze albiturile scoase la reformă, cearșafuri și primeneli de corp. Una dintre principalele îndatoriri ale acestor devotate slujitoare ale spitalului era – într-adevăr – aprovizionarea permanentă și din belșug cu scamă, fără de care îngrijirea rănilor părea de neconceput.

Așa se face că, pe timp de război, confecționarea scamei devenea un fel de obligație patriotică. Doamnele și domnișoarele „din lumea bună" destrămau de zor piese de rufărie fină, știut fiind că materialele cele mai prețuite se obțineau din țesăturile de in.

Deprinderea utilizării cu prioritate a scamei la oblojirea rănilor data din cea de a doua jumătate a secolului al XVIII-lea. Cînd, în 1774, Academia regală de chirurgie din Paris a anunțat instituirea unui premiu special pentru o lucrare despre reformele care trebuie introduse la pansarea ulcerelor, recompensa a fost acordată medicului Terras, care a prezentat un amplu „Memoriu despre proprietățile și folosința scamei la tratamentul plăgilor și ulcerelor". *O întreagă literatură s-a scris în deceniile următoare despre acest material, numit în latina cercurilor medicale ale epocii* Linteum carptum *(adică, pur și simplu, „pînză de in tăiată bucățele").*

Definiția „savantă" a scamei, consemnată în Dicționarul enciclopedic al științelor medicale, *publicat acum un secol la Paris, în o sută de volume, sună astfel: „O substanță moale, suplă, spongioasă sau pulverulentă, alcătuită dintr-un ansamblu de filamente, de lungime și*

finețe variabilă, obținute din rufe vechi pe jumătate uzate" (articolul Charpie, *vol. XV, din 1874).*

Pentru obținerea „substanței" se foloseau două procedee: fie răzuirea, fie destrămarea. În primul caz, fîșiile de pînză – bine întinse – erau roase cu un cuțit sau cu foarfecele, rezultînd un soi de puf, „scama răzuită"; mai frecvent se recurgea însă la destrămarea țesăturilor, pentru a obține astfel mănunchiuri de fire cu lungimea dorită. În anumite împrejurări, chirurgii preferau să aplice pe răni un strat de filamente dispuse paralel, dar în general ei manipulau grămăjoare de fire așezate în neorînduială, formînd o încîlcitură căreia operatorul îi imprima o anume formă și consistență. Astfel, pentru pansamente se foloseau tampoane, pernițe ori salteluțe de scamă, mai mult sau mai puțin compacte și de diverse mărimi. Cînd trebuiau protejate bonturile membrelor amputate se întrebuințau săculeți de destrămătură, în timp ce pentru evacuarea secrețiilor din cavități firele lungi erau răsucite în mănunchiuri, alcătuind meșe. Scama putea fi folosită în stare uscată, dar de multe ori servea drept suport pentru diverse produse medicamentoase, uleiuri, decocturi sau pulberi, cu rol dezinfectant, astringent, emolient, calmant etc.

Țesăturile utilizate de regulă la confecționarea scamei erau cele de in, fiind preferată pînza nițel uzată, din care se scoteau fire mai moi și mai elastice. Țesăturile de cînepă se bucurau de o apreciere mai slabă, ca fiind iritative, datorită „grosolăniei" firului lor, ceea ce nu i-a împiedicat, însă, pe unii chirurgi să afirme că scama de cînepă se dovedea superioară la tratamentul anumitor tipuri de răni.

De-a lungul unui veac și mai bine, practicienii au opinat aproape cu toții că fără „produsul" de destrămare a albiturilor nu se poate realiza un pansament cumsecade.

Scamei i se recunoștea mai întîi o funcție de protecție, întrucît, pe de o parte, apăra de apăsare, frecare și lovire, iar pe de altă parte, asigura o temperatură convenabilă și constantă la suprafața plăgii. Dar rostul cel mai însemnat al scamei părea să fie absorbirea puroiului și a exalațiilor „putride" provenite din rană. De aceea calitatea scamei era apreciată mai ales în funcție de capacitatea ei de a se îmbiba prompt cu produsele de supurație.

Tocmai fiindcă destrămăturii i se atribuia o deosebită forță de absorbție, păstrarea ei implica o serie de precauții, printre care interdicția de a o depozita vreme mai îndelungată în apropierea latrinelor, a sălilor de disecție sau chiar a saloanelor de bolnavi, ca nu cumva „miasmele" dăunătoare să se încuibeze printre fire și să ajungă, odată cu acestea, în contact cu leziunile chirurgicale.

În schimb, la confecționarea scamei, măsurile de prevedere parcă nu mai erau tot atît de stricte. Este adevărat că se recomanda ca pînzeturile vechi destinate acestui scop să fie curate, pe cît posibil fierte cu leșie și înnălbite. Persoanele care se ocupau cu destrămarea erau sfătuite să se spele în prealabil pe mîini. Dar indicația ca bolnavii, mai cu seamă cei atinși de afecțiuni contagioase, să fie excluși de la asemenea operații nu era totdeauna luată în seamă. Este suficient, dealtminteri, să aruncăm o privire pe fotografia menționată, pentru a ne încredința de puțina grijă manifestată pentru regulile de igienă care azi ni se par a fi elementare: scama se aduna în maldăre, de-a dreptul pe podea, peste papucii infirmierei.

Un lucru mult mai grav – așa cum aflăm din scrierile medicale ale epocii – era acela că foarte adesea materialul folosit la un pansament putea să servească la încă o manipulare similară. E drept că cei mai mulți autori recomandau ca asemenea material să fie bine spălat și „albit" înainte de reîntrebuințare, îndeosebi cînd provenea de la o rană fetidă... Unii nu considerau însă inadmisibil să se preia „cu grijă" porțiunea de scamă care nu intrase în

contact direct cu o plagă „curată", în vederea aplicării ei imediate la un alt pacient.

Nu e greu de imaginat cîte nenorociri a prilejuit un asemenea comportament, într-o vreme cînd domina convingerea că infecțiile se produc mai cu seamă datorită „duhorilor" care plutesc în atmosferă, iar nu unor germeni vii invizibili, ce se transmit prin contact nemijlocit. Un ecou al concepției miasmatice despre infecție întîlnim, de pildă, în „Regulamentul serviciului interior al Spitalului militar din București", întocmit de Carol Davila în 1858, unde se menționează, printre alte îndatoriri ale medicinistilor detașați la sala de pansamente, și aceea de a nu începe lucrul „mai-nainte de a pregăti totul, ca rănile să nu fie expuse aerului exterior".

Pericolul de contaminare era cu atît mai mare cu cît foarte adesea scama era aplicată de-a dreptul pe plagă, fără intercalarea nici unei comprese. Mai mult încă, tot scamele (îmbibate sau nu cu substanțe uleioase) erau folosite și la separarea buzelor plăgilor și pentru a menține deschise orificiile, pentru drenarea fisulelor sau pentru umplerea temporară a cavităților.

Descoperirile epocale ale lui Pasteur privitoare la existența microbilor și la rolul acestora în transmiterea infecțiilor au impus o viziune cu totul nouă în practica antiinfecțioasă și au determinat elaborarea unor tehnici mai raționale de evitare a infecțiilor intraspitalicești și postoperatorii. „Alungarea" scamei din sălile de pansamente constituie acum o măsură indispensabilă pentru a preveni contaminarea plăgilor.

Rolul de protecție mecanică și termică a rănilor bandajate, atribuit în trecut scamei, a fost preluat de către vată. Unele din avantajele folosirii ca material chirurgical a „bumbacului scărmănat" fuseseră semnalate încă din 1833, de către Matthias Mayor din Lausanne, dar i se reproșa acestui bumbac slaba lui capacitate de a absorbi produsele de secreție și supurație. Fabricarea „vatei hidrofile" avea să înlăture și acest inconvenient. Pe de altă parte s-a constatat că vata poate fi supusă, în cele mai bune condiții, operațiilor de sterilizare. Și astfel, în spitalele noastre și de pretutindeni s-a încheiat practicarea ritualului, care, la un moment dat, intrase în tradiție, al desrămării rufelor vechi...

Dr. G. Brătescu
INSTITUTUL DE IGIENĂ ȘI SĂNĂTATE PUBLICĂ BUCUREȘTI

PUDOAREA ÎN GINECOLOGIE

Prof. dr. M. TEODORESCU

Clinica de obstetrică-ginecologie, Timișoara

Deoarece pentru noi, ginecologii, pudoarea reprezintă un sentiment care are o expresie fizică și o expresie psihică, morală, particulare, dorim să precizăm, pe cît posibil, conținutul acestei noțiuni.

Pudoarea este o atitudine afectivă, complexă și conștientă, ca o reacție față de dezvelirea brutală a unor elemente intime, ascunse, fizice sau psihice ale individului. Ea trebuie considerată ca o atitudine de decență, de sfiiciune și puritate morală.

Sentimentul de pudoare apare odată cu dezvoltarea conștientă a relațiilor personale cu mediul social.

Nu poate fi vorba de pudoare la vietățile cu dezvoltare inferioară; ea apare numai la om și aceasta numai acolo unde elementul conștient al relațiilor devine evident.

În epoca preistorică noțiunea de pudoare apare relativ tîrziu, atunci cînd se dezvoltă la femeie sentimentul de timiditate și rușine, aceasta din urmă în accepțiunea de jenă și sfială.

Pudoarea se dezvoltă ca sentiment mai ales atunci cînd femeia consideră că fizicul și psihicul ei trebuie să reprezinte, pentru bărbat, elemente de ordin intim, cu laturi ascunse, capabile să determine curiozitate și, în același timp, atracție.

Ginecologul trebuie să țină seama totdeauna de sentimentul de pudoare al femeii, căci numai atunci cînd știe să respecte acest sentiment reușește să-i cîștige încrederea, avînd astfel posibilitatea descoperirii unor elemente care să îl ajute în precizarea diagnosticului.

Femeia consideră că sentimentul de pudoare reprezintă, pînă la un punct, o manifestare de emancipare, de aceea nu va renunța niciodată la el.

Nerespectarea acestui sentiment al pudorii poate determina, de multe ori, un traumatism violent asupra psihicului femeii.

Sentimentul pudorii îmbracă două aspecte: unul psihic și altul fizic.

Din punct de vedere *psihic*, pudoarea apare ca un element de reproș privind un gest pe care conștiința îl condamnă și îl consideră ca un mobil de zbucium și dezaprobare.

Astfel, o sarcină survenită la o fată determină în unele situații un proces emoțional dezaprobativ, ce reprezintă o reacție cu manifestări variabile, în raport cu repercusiunea psihică a sentimentului de pudoare. Această repercusiune psihică este în raport cu gradul de sensibilitate și de echilibru nervos de care este capabilă femeia, în concordanță cu moravurile societății din care face parte.

Expresia *fizică* a pudorii constă în camuflarea și acoperirea formelor și zonelor corpului care, datorită educației, reprezintă sectoare personale intime, care pentru cei străini trebuie să rămînă elemente ascunse, tainice. De aceea la consultații femeia se jenează să se dezbrace în fața unor străini și chiar a medicului, iar dacă s-a dezbrăcat, își acoperă cu mîna sînii sau zona pubiană, cu un sentiment de jenă, datorit faptului că aceste părți sînt descoperite. Dar aceste manifestări de ordin fizic dispar cînd examinatorul procedează cu delicatețe și cu aceeași înțelegere la toate consulturile.

Încrederea femeii se cîștigă, cînd respectul față de sine și față de bolnavă devine o adevărată îndatorire, recomandată, atît de magistral, încă de prescrierile deontologice din *Corpus Hippocraticum*.

Această atitudine morală trebuie să se exprime prin decență și respect. În felul acesta medicul este pus în gardă împotriva unor gesturi grosolane, vulgare, care ar putea fi favorizate pînă la un punct, de situația deosebită creată de raportul dintre examinator și examinată.

Bolnava se încredințează medicului în orice moment și în orice ipostază cerută de tehnica de examinare, dar medicul trebuie totdeauna să se comporte în această situație cu multă stăpînire de sine. De aceea, tînărul medic trebuie să se ferească de orice gest reprobabil, atît de compromițător în cariera sa, căci lezînd sentimentul de pudoare al femeii examinate riscă să-și compromită menirea sa de medic și să dezechilibreze starea psihică a bolnavei.

Aceste cerințe de ordin deontologic obligă pe toți medicii să se supravegheze în permanență, iar în două specialități această supraveghere trebuie să fie mai exigentă: în obstetrică-ginecologie și chirurgie.

În aceste specialități bolnava poate solicita ca persoanele din sala de operație, studenții, stagiarii sau practicanții să nu o vadă complet dezbrăcată, deoarece unii ar putea fi prieteni sau cunoștințe de familie. Ea poate cere chiar ca în afara ajutoarelor să nu rămînă nimeni în sală. Medicul trebuie să accepte această exigență, oricare ar fi motivul ei. Aceasta nu înseamnă că medicul vrea să lucreze pe ascuns sau să păstreze secretele tehnicii chirurgicale.

Obstetrica și ginecologia sînt prin excelență domenii în care respectul pentru pudoarea pacientei trebuie împins pînă la limita admisibilului. În această specialitate examenul implică tușeul vaginal care suscită la unele bolnave multe obiecțiuni. Fără acest tușeu nu se poate aprecia conformația bazinului sau existența unei sarcini. De asemenea, tușeul combinat cu palpeul permite în lunile mari de sarcină aprecierea altitudinii prezentației, precum și scurtarea, ștergerea și dilatarea colului, sau, în unele circumstanțe, starea membranelor ovulare.

Tot tușeul este acela care precizează existența unei formațiuni parauterine etc.

Deci, fără acest examen precizarea unui diagnostic este de cele mai multe ori imposibilă în specialitatea noastră.

Acest examen este suficient pentru a crea complexe la unele femei, explicabile pînă la un punct, dacă ţinem seama de elementele prin care am încercat să precizăm conţinutul noţiunii de pudoare.

Dar pudoarea în decursul vremurilor a avut un sens şi o evoluţie pe care vom încerca să o creionăm.

În antichitate naşterea zeilor se făcea pe oriunde, în afara căilor naturale. Astfel Athena s-a născut din capul lui Zeus, iar Dionisos, din coapsa sa etc.

Reprezentarea plastică a acestor legende subliniază pînă la un punct elemente de pudoare.

Tot din antichitate ne-au rămas multiple manifestări ale sentimentului de pudoare. Astfel, într-un mic basorelief din fildeş, provenit din Pompei şi actualmente expus la muzeul din Neapole, se poate vedea cum veşmîntul femeii care naşte acoperă parturienta şi este descoperit numai piciorul şi treimea inferioară a coapsei stîngi. Din această cauză capul copilului apare deplasat în mod bizar pentru manevra de rotaţie externă a capului, care ar trebui să se facă la vulvă şi nu la nivelul genunchiului, cum apare pe basorelief.

Un alt exemplu de reprezentare a pudicităţii îl constituie un basorelief de teracotă găsit lîngă Ostia, în cimitirul Izola Sacra, şi care se găseşte la muzeul din Ostia. Este un basorelief mortuar al unei moaşe. Moaşa este aşezată pe un taburet scund, în faţa femeii care naşte şi care stă într-un scaun obstetrical. Ea întoarce capul spre stînga, în parte şi din cauza efortului de tracţiune pe care-l face, dar şi pentru a menaja pudoarea tinerei femei.

În Evul Mediu şi apoi în Renaştere sentimentul de pudoare este prezent şi în lucrările plastice ale unor mari artişti, ca Boticelli, Rubens, Rembrandt, Tizian, Murillo, Goya etc.

În zilele noastre sentimentul pudorii este dezvoltat şi cultivat de unele colectivităţi, dar nesocotit şi minimalizat de altele, care nu au respectul şi sensibilitatea cuvenită faţă de profesiunea pentru care se formează medicii şi cărora nu le dezvoltă sentimentul de omenie.

CEZARIANĂ sau naștere naturală?

Începuturile practicării cezarienei se pierd în negura timpului. Se spune despre Iulius Cezar că a văzut lumina zilei în urma acestei operații. Numele intervenției ar fi, deci, legat de numele ilustrului bărbat de stat roman. Nu putem ști unde se termină legenda și unde începe adevărul. Este însă cert că medicii antichității au recurs ocazional la extragerea copiilor din uterul unor femei, la foarte scurt timp de la moartea acestora. Într-adevăr, în următoarele minute după ce mama a murit, copiii sînt încă vii, iar extragerea imediată a lor îi poate uneori salva.

Pînă în urmă cu cîteva decenii, riscurile pentru gravidele supuse operației cezariene, ca dealtfel pentru orice bolnav căruia i se practica o intervenție chirurgicală, erau de o deosebită gravitate. Medicii erau complet dezarmați, în primul rînd în fața infecțiilor postoperatorii. Pentru obținerea unei oarecare anestezii, cei operați erau îmbătați înainte de intervenție. A rămas dealtfel celebru, pentru așa-zisele-i proprietăți anestezice, vinul de Mandragora!

Pe întreg parcursul Evului Mediu, medicina a progresat într-un ritm lent. Începînd cu secolul al XVI-lea, cronicile consemnează, cînd și cînd, practicarea unor operații cezariene. Eșecul constituia aproape regula. A intrat în istorie numele primului „operator" a cărui cezariană s-a soldat cu deplin succes. Este numele lui Nufer, cetățean de origine germană, care nu se ocupa de fapt cu medicina umană. Tradiția spune că la una din nașterile soției sale, exasperat de chinurile prelungite ale acesteia, a recurs la instrumentele cu care castra porcii, pentru a extrage copilul din abdomenul femeii. Aceasta nu numai că a supraviețuit intervenției cu totul improvizate, ci a mai născut, în anii următori, nu mai puțin de 5 copii.

La noi în țară, prima cezariană a fost practicată acum mai bine de 110 ani, la o pitică ce făcea parte din ansamblul unui circ vienez, pe care durerile nașterii au surprins-o pe meleagurile Iașului. Și de această dată, prețul aducerii pe lume a unei noi ființe a fost scump plătit, mama decedînd în urma unor grave complicații infecțioase postoperatorii.

Epoca marilor descoperiri în medicină începuse deja, dar cezariana, acum mai bine de un secol, continua să rămînă o intervenție mult prea nesigură pentru mamă. Această situație a dăinuit pînă acum patru-cinci decenii.

Astăzi, grație perfecționărilor continue aduse tehnicii chirurgicale, a progreselor deosebite înregistrate în anestezie și terapia intensivă, cît și prin pătrunderea masivă a antibioticelor în practica medicală, cezariana a devenit o intervenție aproape complet lipsită de riscuri. Mai mult, cezariana a devenit azi principala armă de care dispune obstetricianul în prevenirea și tratarea a o serie de complicații ale nașterii, odinioară cu cele mai grave repercusiuni asupra femeii. Ea face posibilă aducerea pe lume a unor copii sănătoși, chiar în condițiile unor sarcini și nașteri anormale, pe parcursul cărora mama a suferit, într-o mai mare sau mai mică măsură.

Este totuși complet lipsită de riscuri operația cezariană? Este chiar atît de „comodă" pentru femeie? Nu prezintă chiar nici o repercusiune asupra organismului ei? Dacă cumva răspunsurile sînt pe toată linia afirmative, mai este oare cazul ca în pragul secolului al XXI-lea, femeile să continue să nască pe căi naturale?

Natura, ale cărei mistere sînt încă departe de a fi pe deplin descifrate, în ciuda marilor progrese înregistrate în biologie și medicină, a creat acest fenomen complex, care este nașterea. Organismele mamei și cele ale copilului sînt pe deplin pregătite pentru a parcurge nașterea, în condiții normale, fără să sufere sau să fie expuse vreunor complicații. Este cazul marii majorități a gravidelor sănătoase, normal dezvoltate, aflate la o vîrstă potrivită pentru naștere. E cazul majorității copiilor aflați în preajma termenului nașterii, normal dezvoltați, așezați în uter de o manieră potrivită pentru a fi propulsați în afară, în cursul nașterii, prin căile naturale materne.

Mai sînt durerile care azi, cel puțin, ne apar cu totul nepotrivite pentru a acompania un fenomen natural, cum este nașterea. Cu siguranță, în existența de peste un milion de ani a speței umane, durerile la naștere și-au avut rolul lor. Obstetrica modernă face eforturi și reușește, dealtfel, să le combată cu tot mai deplin succes, prin utilizarea unei game de medicamente în continuă îmbogățire, din ce în ce mai eficace. În consecință, doleanța unor gravide de a li se practica operație cezariană, invocînd ideea, cu totul absurdă, că durerile la naștere ar fi greu de suportat, este, în prezent, cu totul nejustificată.

Odată cu introducerea unor ample măsuri preventive în chirurgie, dar și a utilizării antibioticelor, complicațiile infecțioase postoperatorii au devenit din ce în ce mai rare, de o tot mai mică gravitate. Complicațiile infecțioase după cezariană nu au dispărut, totuși, și sînt, în mod cert, mai frecvente, dar mai ales redutabile, decît după nașterile pe căi naturale.

La rîndul lor, orele și zilele ce urmează intervenției chirurgicale nu sînt adeseori prea agreabile pentru femeie. Durerile nașterii au fost evitate, urmează însă durerile și disconfortul postoperator, balonările, dificultățile mobilizării din pat, neajunsurile legate de regimul alimentar cu toate restricțiile lui, din primele zile de după intervenție. În schimb, a doua zi după ce au născut, marea majoritate a lăuzelor sînt complet restabilite, tonice, doritoare - dar mai ales pe deplin capabile - să-și îngrijească nou-născuții, luînd parte din plin la bucuria întregii familii. Pentru ele, orele nașterii aparțin, deja, unui trecut suficient de îndepărtat.

Chiar și copilul nu este în mod constant favorizat prin extragerea lui pe cale „înaltă", prin cezariană. Drogurile utilizate pentru anestezia mamei, extragerea lui rapidă în afara uterului îl pot face să sufere, din fericire, nu în prea mare măsură.

Cele arătate mai sus nu constituie în nici un caz un rechizitoriu îndreptat împotriva cezarienei și, implicit, o pledoarie în favoarea nașterii, cu orice preț, pe căi naturale. Operația cezariană reprezintă una din marile achiziții ale obstetricii moderne, arma ce a salvat și salvează multe vieți, făcînd posibilă evitarea unor complicații grave, atît pentru mame, cît și pentru copii. Este operația ce a făcut să dispară, din limbajul de zi cu zi, terifianta expresie de „moarte în durerile facerii". E operația căreia mulți dintre noi îi datorează dezvoltarea normală, altfel compromisă, în condițiile unei nașteri pe căi naturale, foarte dificilă.

Nu trebuie să recurgem în mod abuziv, fără discernămînt, la cezariană, dar nu trebuie nici să încercăm să o evităm, atunci cînd nașterea pe căi naturale nu este posibilă, riscă să cauzeze vătămări grave mamei sau să aibă repercusiuni nedorite asupra fătului.

Sînt astfel situații cînd cezariana este absolut obligatorie. Indicația practicării intervenției este indiscutabilă, atunci cînd dimensiunile oaselor bazinului femeii și conformația lor fac imposibilă trecerea capului copilului, cît și în cazurile în care dimensiunile copilului sînt mult prea mari. Așezarea copilului complet nepotrivită pentru naștere (transversală) sau placenta situată în calea copilului (placenta praevia) nu permit, la rîndul lor, nașterea pe cale „joasă" și se soldează cu complicații deosebit de grave. Sînt situații, cel mai adesea cunoscute de către medic încă din timpul sarcinii, dacă supravegherea prenatală a gravidei a fost corectă. În aceste cazuri este obligatorie internarea gravidei cu cîteva zile înaintea datei nașterii. Gravida va putea fi operată din timp, în condițiile unei depline securități, înainte chiar de începerea nașterii. Într-o situație asemănătoare se află gravidele care au mai născut copii prin operații cezariene. Foarte adesea este necesară repetarea cezarienei. Nașterea pe căi naturale comportă riscuri importante și, chiar dacă este posibilă, impune o strictă supraveghere medicală.

Alteori, practicarea cezarienei este dictată de anomalii importante ce apar în plină desfășurare a nașterii (travaliului) și care nu pot fi corectate cu ajutorul diverselor medicamente, de care dispune în prezent obstetrica. În fine, starea copilului poate deveni critică pe parcursul travaliului și să reclame extragerea lui rapidă, prin operația cezariană. Supravegherea desfășurării nașterii pe întreg parcursul ei impune internarea din timp a gravidei în maternitate, chiar de la debutul contracțiilor sau în momentul ruperii membranelor, dacă pierderea apei a survenit înaintea apariției durerilor de naștere.

După cele expuse mai sus iată concluziile ce se impun pentru viitoarea mamă.

Prima și cea mai importantă este faptul că nașterea pe căi naturale rămîne cea mai puțin agresivă în condiții normale, atît pentru mamă, cît și pentru copil.

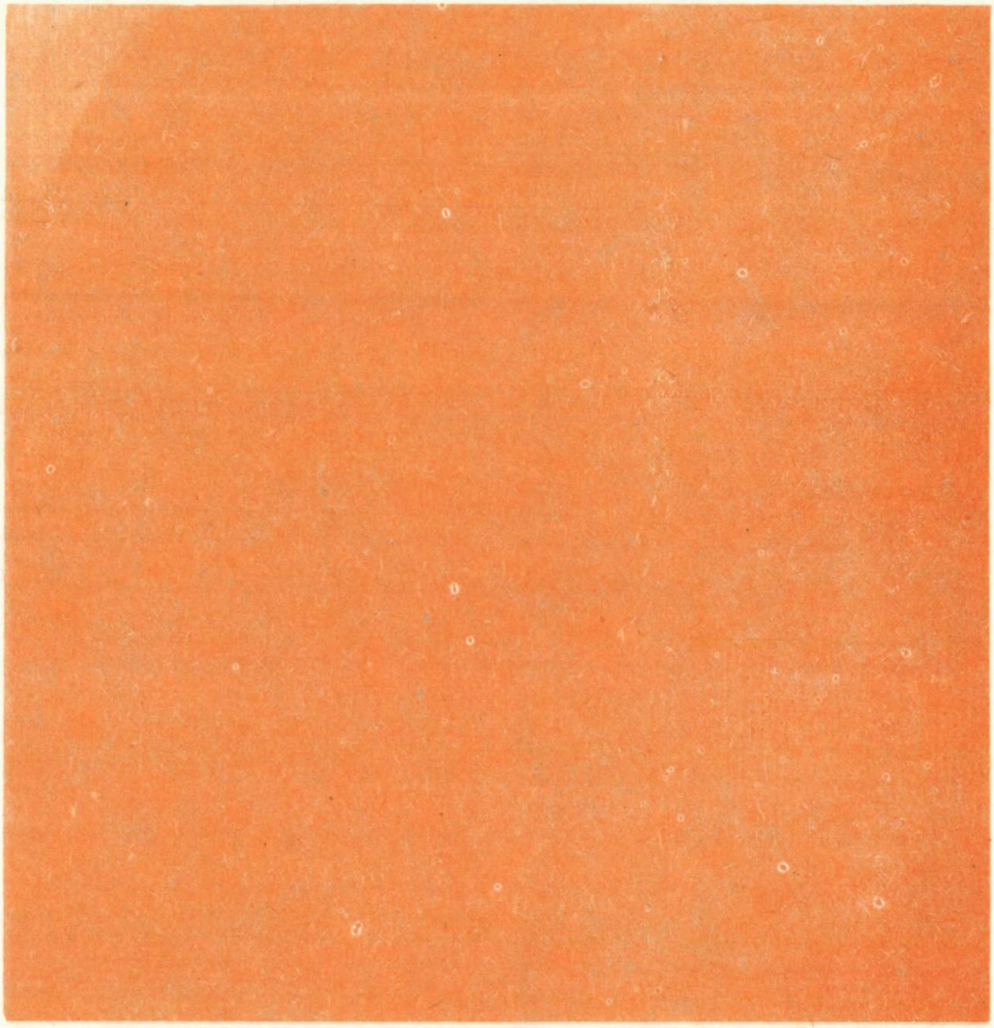
Obstetrica modernă dispune de suficiente medicamente capabile să corecteze eventualele anomalii ce pot surveni pe parcursul nașterii și să reducă, la un nivel perfect suportabil, durerile la naștere.

Pe de altă parte, dispunem de o armă redutabilă, operația cezariană, în măsură să rezolve nașterile patologice, ce nu pot avea loc pe căi naturale, și să prevină o gamă importantă de complicații, atît pentru mamă, cît și pentru făt, cu condiția, totuși, ca momentul propice intervenției să nu fi fost depășit. Acest din urmă fapt subliniază încă o dată importanța prezentării cu regularitate a gravidei la controalele medicale prenatale, a internării din timp în maternitate pentru naștere, încrederea deplină în cadrele medicale ce-i asigură buna desfășurare a nașterii.

Gravida trebuie să adopte o atitudine de perfectă înțelegere față de desfășurarea acestui act natural, care este nașterea, de cooperare cu obstetricianul care-i urmărește desfășurarea travaliului. Să nu solicite cu încăpățînare, fără nici un motiv real, să i se practice operația cezariană, dar nici să nu se opună efectuării intervenției, atunci cînd aceasta este necesară.

Dr. N. CRIȘAN

Spitalul Clinic al municipiului București



REZOLVAREA JOCURILOR REBUSISTE

VIAŢA; Tacit; Iorga; Isanos; Lorca; n; Rilke; ziar; Edmee; mame; g; Rie; aciua; ch; Idle; intrare; Earn, Eoi; iz; V.R.; Ouas; naşi; Iosif; ca; lt.; aţe; acuzativ; t; ţară; umană; apel; Marţial.

FRUMUSEŢEA, O PREOCUPARE MEREU ACTUALĂ: Venus; urare; Alu; Borodin; Şerban; zone; inie; Diana; la; acat; i; c; e; Fta; Iosif; smerit; r; ur; cîrîi; inel; unic; graţie; ucenic; naş; ani; e; ari; T; Narcis; acte; atenţie; apt.

VARĂ LA MARE: Mamaia; nisip; arii; Paşcanu; litoral; Aron; inima; oprite; Nic; dans; ta; e; amurg; ruta; af; aşi; Maroc; negre; mazăre; ur; eroare; îs; Nă; Bart; s; t; cîrmaci; Deda; Acsan; nimfa.

LA ORA CEAIULUI: Unchiul Vania, I, cești, simt, trei, India, E; ie, Nil; negru; Manea; moţăi; i; e; tei; arsă; bogătaș; a; n; cam; Glier; cg; E.N.; Saa; rasol; Autun; poduri; Iser; Savu; da.

CULINARĂ: Bucătărie

ANATOMICA I: Canale capilare

TERAPEUTICĂ: Compresă

ANATOMICA II: Carotida

PENTRU OCHI: Ochelari (schioară + s + 1)

BALNEO: Călimănești

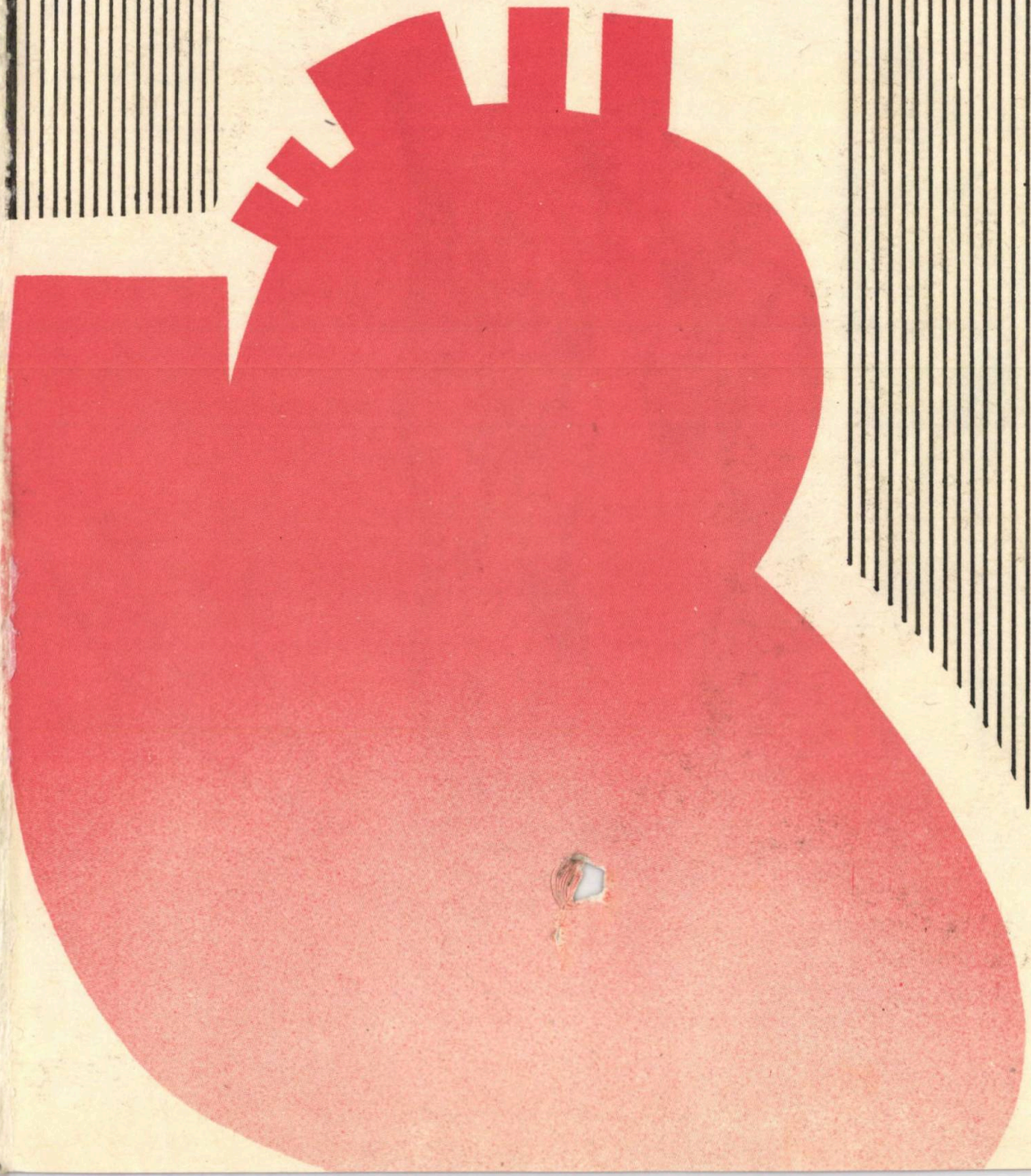
DE-ALE GURII: Masticaţie

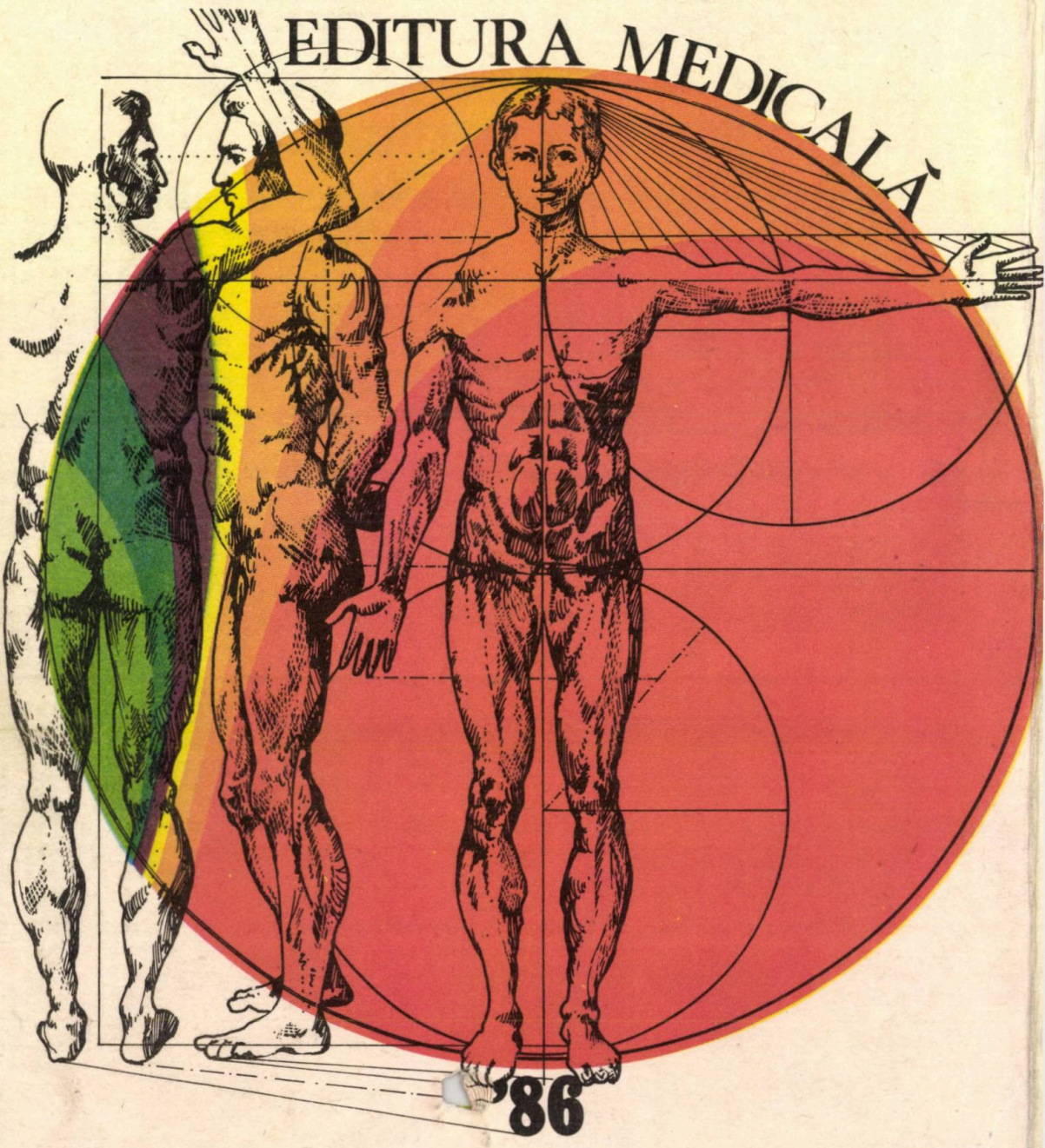
LA CEAFĂ: Cervicală (Cavaler + cai)

CARTE DE VIZITĂ: Medic balneolog — Govora

BIBLIOTECA „ASTRA"
SIBIU

EDITURA MEDICALĂ
BUCUREŞTI





Lei 25